

الأسلوب المتعدد الأشكال والمختصر

الأستاذ الدكتور أرنولد لازاروس

ترجمة

الأستاذ الدكتور محمد حمدي الحجار
رسالة ودكتوراه من الجامعة الأمريكية في المعالجة
النفسية الطبية والتشخيص النفسي
أستاذ محاضر في جامعة دمشق سابقاً



من أقوال العلماء

- نبدو على درجة كبيرة من الحرص والالتزام بالتعليم الابتدائي لماضينا كيما نتعلم استخدام جميع أبعاد المعالجة بفعالية، ويحدوني الأمل أن المعالجين في محاولاتهم لخلق التبديلات المفيدة في سلوك مرضاهم أن يفتشوا هم أيضاً عن تبديلات مماثلة في سلوكياتهم ويرحبوا بتلك التبديلات. وسنتمكن من تحقيق هدف العلاج المتعدد الأبعاد بسرعة أكبر إلى الحد الذي نتمكن من التقرب من مرضانا بعقول صاغية مفتوحة، وبالتزام صارم لا يرحم لدراسة تعقيدات السلوك الإنساني ومواجهتها بكل صبر وجرأة.

  سيمور هاليك: مؤلف كتاب علاج الاضطرابات الانفعالية.

- إن علماء النفس الذين سيكونون على شفير عام ٢٠٠٠ لا بد من أن يمتلكوا تدريباً أكبر من أولئك الناس المتخصصين الذين تجاوزهم الزمن.

  غاردنر مورفي: علم النفس في عام ٢٠٠٠

- إما أن يكون في مقدور المعالجين التأثير بنجاح على السلوك أو لا يقدرون على ذلك، وهنا يكون لديهم خيار قليل بما يدعون. وإذا رغبوا في إظهار عجزهم في تلك الميادين التي تبدو فيها الاهتمامات الإنسانية في الذروة. وفي الوقت نفسه ينكرون مسؤولياتهم إزاء سلوك زبائنهم فإننا نتساءل ما هو الحق الذي ينادون به في العمل والمهنة.

  بيري **لندن:** مؤلف كتاب طرائق وأخلاقيات العلاج النفسي.

توطئة:

لنفترض الحالة التالية: زوج عمره ٤٧ سنة، جاء إلى معالج نفسي يلتمس علاج حالته التعسة الأسرية: زوجته نرجسية ترفضه لأنها تتهمه أنه يعاملها كما تعاملها أمه لذا تهدده دوماً بالانفصال، وتقرّع أسرته، وتبدي سوء طالِعها بزواجها منه. أولاده يحاكون أمهم في تعاملهم معه، يظهرون له الكراهية والمقت

والعدوان. انعكس هذا الموقف الأسري على علاقته مع رئيسه في العمل فبات يكره رئيسه. يشكو هذا الزوج من اضطرابات بدنية فلا يأخذ طبيبه بأي شكوى بدنية بعين الاهتمام لأن أعراضه حسب تشخيصه هي أعراض توهم المرض (أو ما يسمى بداء المراق Hypochondria).

لو راجع هذا المريض وأمثاله المعالجين النفسيين بهذه الشكاوي أو من جنسها فإن هذه المعلومات ستحلل، وستقيّم، وستفسر، وستعاين، ومن ثم سيتم التعامل مع هذه الشكاوي تعاملاً مختلفاً من معالج إلى آخر. فالمعالجون المشدودون نحو تصنيف التشخيص عليهم أن يقرروا أن هذا الرجل يبدي اضطراباً اكتئابياً، أو اضطراب قلق، أو أنه يعاني من نتائج «شخصيته غير المستقلة المعتمدة على الغير. أو غير ذلك من التصانيف المرضية التي نجدها في كتاب DSMIV «يصدر عن جمعية الطب النفسي الأمريكية».

هناك من يرى أنه لا بد من نفي وجود المرض البدني لذلك يُشار إلى هذا المريض بإجراء الفحوص الطبية والعصبية. وبعضهم من يرى أن المشكلة هي مشكلة اضطراب أسري، ترتبط بما يسمى (بديناميكيات أسرية)، فالعلاج لا بد من أن يشمل كافة أفراد العائلة. ومعالجون آخرون يرون أن مشكلة الزوج تكمن في ضعف تأكيد الذات والشعور بالصغارة والدونية. بينما آخرون يرون المشكلة معرفية، ويحتاج المريض إلى العلاج العقلاني الانفعالي وتبديل حديثه السلبي مع ذاته. أما المحللون النفسيون فيرون المشكلة من الزاوية النفسية الديناميكية، أي: ضعف التكامل بين الأنا الأب والأنا الطفل.

وهكذا نجد أن التشخيص والعلاج يختلف من معالج إلى آخر حسب المدرسة العلاجية التي ينتمي إليها المعالج بحيث يكون العلاج الموصوف لا يناسب أحياناً الحالة.

وبالطبع، رغم الاختلاف والتباين بين المعالجين، فإنهم يتفقون جميعاً أن هذا الرجل من المفيد له أن يبحث عن نفسه ويفتش عن ذاته. وأن يعيش حياة زوجية

سعيدة، وأن يستمتع بعمله، ويظفر بلقمة عيش من وراء كسبه وهو يتلذذ بإنجازاته في عمله وفي حياته، ومعافى من أي شكوى بدنية من صداع أو آلام أو غيرها.

إن السؤال المطروح هو: إذا كان هذا الإجماع بينهم على ما ذكرناه فكيف بالإمكان أن يحصل المريض على ذلك، وبأية طريقة علاجية توصله إلى هذا التكيف والسعادة المنشودين؟ هل هناك طريق (صحيح) يوصله إلى السعادة بدلاً عن البؤس والتعاسة، وإلى الطمأنينة النفسية بدلاً عن القلق؟ هل يحتاج إلى علاج في المستشفى، أم توصف له المهدئات، أم يخضع إلى علاج سلوكي يتم فيه إزالة تحسسه من معاناته وقلقه؟ أم يحتاج إلى علاج تنويمي أو علاج نفسي تحليلي، أو علاج التصنيع النفسي Psychosynthesis. بل هل الخبراء من مدارس مختلفة يمكن أن يصلوا إلى إجماع فيما بينهم حول طريقة العلاج؟

تساؤلات مطروحة تنتظر الإجابة.

ما من شك لو عُرِضَت الحالة على معالج معرفي فسيكون جوابه كالتالي:

من الجائز أن هذا المريض تعوّد على تحقير ذاته، والشفقة عليها، ويعاني الاكتئاب، وصنع لنفسه المرض وهذا الشعور بصنيعة الذات لأنه يؤمن ،ويفرض على تفكيره الألفاظ والتعابير الحتمية الجبرية التالية:

أ - يجب أن يكون أدائي جيداً، وأن أكون مقبولاً من الأشخاص الآخرين الهامين، أليس الأمر مروعاً مخيفاً إذا لم أكن كذلك؟ فأنا لست سوى رجل يفوح منه العفن إذا لم يقدم أداءً بما يحب أن يكون.

ب - إن الظروف التي أعيش في ظلها يجب أن تكون سهلة، ومدعاة للمتعة والمسرة، أليس الأمر مخيفاً إذا كانت خلاف ذلك. ويا له من عالمٍ مخيف إذا لم أكن بحالة جيدة كما يجب أن تكون.

إن هذا المريض يستفيد استفادة جيدة من العلاج العقلاني الانفعالي (صاحب هذه المدرسة ورائدها الدكتور • ألبرت أليس ALBERT ELLIS)[1]، ومن ضمن ذلك

(١) لمزيد من المعلومات عن هذا النوع من العلاج راجع كتاب: فن العلاج في الطب النفسي السلوكي صفحة ٤٦-٥١ تأليف د. محمد حجار دار العلم للملايين بيروت.

التدريب على اكتساب المهارات في العلاقات الاجتماعية، وأن يحصل على رغباته في الحياة عندما يبدل تفكيره الخاطئ اللاعقلاني القائم على الفلسفة الاجترارية ذات الطابع الإلزامي الجبري للذات.

ولنر لو عُرِضت هذه الحالة على معالج شهير مختص بالعلاج الأُسَري فيكون رأيه كالتالي:

(١) ـ «إن جميع محاولات الانتحار ـ باعتقادي ـ ترتبط من قريب أو بعيد بعلاقات تفاعلية أُسرية.

(٢) ـ لذلك فلا أتردد عن إعداد برنامج جلسات تشخيص لأفراد الأسرة بكاملها لأقرر نوعية المشكلة أو المشاكل السائدة فيها. ومن ثم أباشر بعلاج أفراد هذه الأسرة: أي علاج ديناميكية الأسرة الخاطئة المولدة للاضطراب عند هذا الرجل، وعند أفراد أسرته أيضاً».

أما رأي معالج نفسي ينتمي إلى المدرسة التحليلية الفرويدية في هذه الحالة فسيكون التالي:

«في هذه الحالة ما يثبت وجود مشاعر راضة كاسحة لاعتبار الذات (الرفض، الخسارة ... إلخ). وقد تكشف قصته أن اعتباره لذاته تعرض دوماً للهزات نتيجة الخبرات الراضة المتكررة، ولمشاعر الإحباط خلال طفولته الباكرة (الرفض، والعداوة، واستغلال الأبوين له).

وعلى المستوى نفسه من الأهمية قد يعيش حالة غضب شديد موجهاً ضد شخص مهم في حياة المريض الحالية والذي يرتبط لاشعورياً بغضب مماثل لصورة أب أو أم. وحيث إنه غير قادر على توجيه غضبه نحو الخارج، فقد وجه هذا الغضب نحو ذاته وشخصه.

وبالطبع فإن اليأس والعجز العميقان هما جزءٌ من الصورة الإكلينيكية المرضية، وفيها ازدواجية العواطف وتناقضها نحو هدف الحب.

وقد تكون هناك بينة على وجود ضعف السيطرة على الذات ونزوعات أعمال وسلوكيات تفريغية ذات طابع تخريبي. فمن الوجهة العلاجية أتوجه نحو التعامل مع هذه القضايا والمشكلات التي يعاني منها بالعلاج الديناميكي النفسي».

تلك هي الافتراضات لمواقف وآراء ثلاثة معالجين ينتمون إلى مدارس علاجية مختلفة. إلا أنه بقي أمر آخر فيما يخص هذه الحالة الافتراضية، وهذا الأمر هو المعاينة من المنظور العلاجي المتعدد الأوجه أو الأساليب. لاشك أن هذا الرجل يستفيد استفادة جيدة من العلاج العقلاني - الانفعالي، أو بالعلاج الأُسري، أو بالعلاج النفسي التحليلي. وكل ما يحتاجه هذا المريض هو في الواقع اهتمام المعالج المختص أو عدم الحكم عليه من قبل إنسان غريب. فمحاولته للانتحار قد تكون نتيجة حسابات خاطئة ترمي إلى توجيه إنذار إلى أحبائه. وكأنه يقول لهم: «أظهروا لي رعايتكم واهتمامكم بإرسالي إلى المعالج». إلا أنه إذا كانت أسرته على درجة كبيرة من الاضطراب، وتلقى علاجاً معرفياً (العلاج العقلاني - المعرفي) أو العلاج النفسي التحليلي بدون إخراط كامل أسرته في العلاج، فإن نصيبه من الشفاء سيكون محدوداً مُعتوراً. وإذا كان في أول مرض الفصام (وهنا يحتاج إلى دواء مضاد للفصام)، وأقدم على محاولة الانتحار تحت وطأة الأهلاس، فلا يفيده العلاج العقلاني - الانفعالي، ولا الأسري، ولا العلاج النفسي التحليلي.

إن هذا الرجل المريض قد يستجيب إلى مزيج من العلاج الوجودي والتدريب على تأكيد الذات (العلاج النفسي السلوكي). وقد يستفيد من اللقاءات الدينية الروحانية على يد داعية ديني، (العلاج الديني) أكثر من أي علاج رسمي نفسي، ولكن هل أفضل علاج له أن يقضي ستة أشهر في مزارع قرية؟ أو أن يُعالج بالعلاج التأملي؟

إن المعالج الذي يأخذ بالعلاج المتعدد الأوجه Multimodal يطرح السؤال التالي: ما هو العلاج الأنسب والأفضل لهذا الإنسان؟. فالتقرب العلاجي بحد ذاته هو فردي وخاص بشخصه. فالمعالجون بالأساليب المتعددة يضعون في منظورهم الاستثناءات الفردية بالنسبة للقواعد العامة والمبادئ العلاجية، إذ من خلال عملية

تقويم تتناول سبعة معايير «للشخصية»، فإن هؤلاء المعالجين بهذا الأسلوب يفتشون عن المداخلات العلاجية الملائمة لكل فرد.

وقد يقول قائل بعد هذا الشرح ما هو العلاج المتعدد الأوجه، وما هي ماهيته؟ لعل أفضل وصف وتسمية له هما: **الانتقائية النموذجية** SYSTEMATIC ECLECTICISM.

ففي الميدان السريري (الإكلينيكي) أضحى الالتزام المتزمت القاسي بمدارس علاجية خاصة مقصوراً على قلة من المعالجين. فالممارسون المعالجون الذين يستخدمون الأساليب المتنوعة من الطرق العلاجية التابعة لعديد من المدارس أصبحوا اليوم هم الجيل الجديد. وهل هذا بالتأكيد معيار تقدم؟ الجواب هو نعم ولا بآن واحد.

إن حدود القبول أضحت واضحة. والأمر المشجع أن المزيد والمزيد من المعالجين اليوم يميلون إلى المتطلبات العملية حيال مشكلات مرضاهم ويضعونها في المقدمة، فلا يكبلون أنفسهم بالقيود النظرية لعقائدهم العلاجية. ومن خلال سلوكهم هذا المسلك، فإن الكثير منهم يحيطون بخليط غير متجانس من النظريات Mish – mash of theories، وبطرق متداخلة لا ناظم فيها، وبمعالجات لا اتساق فيها ينعدم فيها المنطق السليم، ولا يقدرون على اختبار أو تقويم ما يفعلون. فالمعالج الانتقائي النموذجي eclectic يختار طرقه، ونظرياته، وتقنياته العلاجية وفق قاعدة واسعة من المطلب الذاتي، أي بتعبير آخر يستخدم كل شيء يبدو له عقلانياً ذا معنى، وأي شيء يشعر فيه بالراحة.

إن ذلك النوع من الانتقائية غير النموذجية أو الافتراضية لا تنتج إلا الفوضى والتشويش. فالمعالج الذي يرنو إلى النجاعة والفعالية في تعامله مع طيف واسع من المشكلات، والشخصيات المختلفة، لا بد وأن يكون مرناً، طليق الحركة، ويتصف بالانتقائية على المستوى التقني. فالانتقائية التقنية (التكنيكية) تتضمن استخدام العديد من التقنيات المستمدة من مصادر مختلفة بدون أن يكون هناك

الالتزام والالتصاق بالنظريات أو بالأنظمة العلاجية. فمعالج ليس هو بحاجة للموافقة على المبادئ الغشتالتية ليستخدم التقنيات الغشتالتية. وآخر قد يلجأ إلى استخدام الترابط الحر Free association كيما يصل إلى المادة المحملة بالعاطفة بدون الانتساب إلى العقيدة النفسية التحليلية. فالانتقائيون الفنيون يسعون إلى الإجابة على السؤال البرغماتي الأساسي هو: ما هي الطريقة العلاجية الصالحة، ولمن هذه الطريقة، وتحت أي ظروف تكون صالحة؟

في ميدان البحث العلمي، لا يُغْفر للانتقائية، لأنها تنتج فِرطاً من الأفكار المتناقضة. ففي المخابر لا بد معاينة متحول أو متحولين Variables على حدة، وذلك من أجل فصل المكونات السلبية، الساكنة الطارئة عن النوعية النشطة. ومن الضروري بمكان أيضاً عزل، وسحب العوامل الفعالة القوية ليس فقط من أجل تحديد ما هو مناسب وملائم ولكن أيضاً لمعرفة لماذا كان ملائماً ومناسباً. إن مثل هذه الإجراءات في الممارسة السريرية (الإكلينيكية) - الامتناع عن ممارسة المداخلات العلاجية المفيدة الفعالة - هي لا إنسانية وغير مهنية. ومع أن العالِمَ المتشدد لا يمكن أن يكون انتقائياً، فإن المعالج الفعال لا يمسك ما يبدو له عن ممارسة التقنيات المعنية المفيدة بصرف النظر عن منبع أصولها.

ولكن قد يدور في خلد القارئ بعد هذا العَرض أن في مضامينه ما يعطي الانطباع أن المعالج الممارس لا يستطيع الإسهام في المعرفة العلمية أو في التقدم السريري. الجواب هو أنه يستطيع ذلك، ولكن شريطة أن يكون مولعاً باستعادة الأحداث الماضية والتأمل فيها.

فمن خلال ممارسة العلاج الانتقائي علاجاً فنياً نجد أن العيادي الذي يبقى مراقباً، منهجياً، إدراكياً في مقدوره أن يتحرى الاتجاهات المختلفة ومجموعة الطرق المفيدة. فهذه المعطيات تحتاج إلى أن يُعبر عنها بشكل تكون قابلة للمعاينة والاختبار، كما ويجب أن تكون متوافقة مع المعطيات العلمية القائمة حالياً. وأن تطور العلاج المتعدد الأوجه والوسائل قد تبع هذين المدركين الحسِّيين.

الفصل الأول

العلاج المتعدد الأوجه : المبادئ الأساسية والطريقة

إن هدف العلاج المتعدد الأوجه (أو الأساليب) هو إنقاص المعاناة النفسية، وتحسين النمو الشخصي بالسرعة الممكنة والمتانة المطلوبة. ونحن هنا نتجنب الشعارات الطبية النفسية (السيكاتريه) أينما يكون ممكناً، ونؤكد بقوة على الحاجة إلى التعددية العلاجية. بإلحاحنا على أن هناك مشكلات تعزى إلى سبب واحد أو إلى «شفاء» وحدوي، فإننا ندرك أن حالة القلق الإنساني هي متعددة المستويات والطبقات. وبدلاً من أن نجعل هذه الملاحظات في صيغ كلية أو غير متميزة فإن الممارسين المعالجين الذين يأخذون بالعلاج المتعدد الأوجه يجنحون إلى تحليل الشخصية الإنسانية إلى أبعاد أو وسائل علاجية تفاعلية منفصلة غير متميزة. ومن خلال تقويم كل فرد بواسطة كل نوع من هذه الوسائل أو الأبعاد النوعية، فإن الفرد يصبح قادراً على الوصول إلى فهم كامل للفرد ولبيئته الاجتماعية.

الأشكال السبعة من الوظائف

نحن كائنات إنسانية نتحرك، ونشعر، ونحس، ونتخيل، ونفكر، ونتعامل مع الغير. في جوهر أساسنا نحن كيانات نفسية - عصبية - بيوكيميائية - فيزيولوجية. وأن شخصياتنا هي منتجات لسلوكياتنا المستمرة، وللعمليات العاطفية، والإحساسات، والتخيلات، والعمليات المعرفية، والعلاقات البيشخصية، والوظائف الحيوية (البيولوجية).

إن الحروف الأولى لكل من هذه الوظائف تشكل حروف كلمة أو عبارة BASIC ID، وإذا سمينا الطريقة البيولوجية بالحرف D، أي الأدوية Drugs، فلدينا عبارة الحرف BASIC ID (إن الحرف D يعني أكثر من أدوية أو مداخلات صيدلانية فهو يتضمن التغذية، والصحة، والتمرين الرياضي، والمداخلات التي تؤثر على الشخصية). إن BASIC ID (ID هي الكيان)، بالإنكليزي identity هو

حروف الكلمة البديلة والمفضلة التي تمثل «الشخصية الإنسانية» .

فالعلاج النفسي المتعدد الأوجه يتضمن التقويم الشامل وعلاج الوظائف التي يرمز لها بـ BASIC ID (أي بالمعنى العربي الكيان الأساسي) . ومن خلال الأخذ بهذا الأسلوب فنحن لا نُلائم الزبائن (المرضى) للعلاج ، بل نعطي الدليل كيف نلائم العلاج مع احتياجات الزبون . وأن الافتراض الجوهري هو الوظائف BASIC ID تحوي على الطيف الكامل للشخصية الإنسانية لذلك فلا توجد مشكلة ، ولا شعور ، ولا إنجاز ، ولا حلم أو تخيل لا يمكن تصنيفها بواسطة BASIC ID .

يهتم العلاج المتعدد الأوجه بالمشكلات النوعية أو الصعوبات ضمن وظيفة معينة ، إضافة إلى التفاعل القائم بين هذه الوظيفة وكل وظيفة من الوظائف الأخرى التي رمزنا لها بالعبارة المختصرة السابقة . ولتوضيح الفكرة لنفترض أن شخصاً يثير ردود أفعال عاطفية قوية إزاء تقويمه المعرفي لمنبه ما (لنفترض هذا المنبه هو تهديد حقيقي أو تخيلي وهمي لكيانه وتكامله النفسي) . إن هذا التقويم المعرفي يحرض بدوره الارتدادات والتراجعات في السلوك ، وفي الإحساس وفي التخيل ، بالإضافة إلى المستوى في العلاقات البيشخصية Interpersonal وبيولوجيا . وبتعبير آخر إن تنشيط وظيفة واحدة من شأنه أن يؤثر في كل وظيفة من الوظائف السبع تأثيراً قوياً أو ضعيفاً .

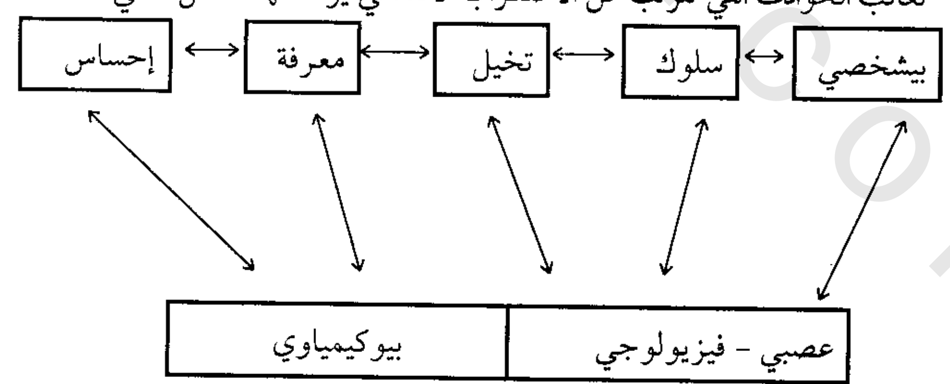
إن التوضيح المتعدد الأوجه للمقولة التالية : « عندما يكون السيد فلان يعاني من الصداع ، فإن القلق ينتابه ذلك لأنه من الطبع المراقي Hypochondriac (أي الذي ينشغل بأعراضه البدنية دوماً) . ويمكننا متابعة التفسير بالصورة التالية : عندما يكون السيد فلان يعاني من الصداع ، يصبح هادئاً منسجماً (سلوكياً) ويبدأ بالشعور بالقلق (العاطفة) ويعاني الألم بصورة «مطرقة داخلية مع هبات حارة تجتاح جمجمته» (إحساس) ، ويتخيل ذاته أنها تحتضر معتقداً أنه مصاب بورم في دماغه (تخيل) ، في الوقت الذي يسعى إلى إقناع ذاته أن الأطباء قد ضلّوا التشخيص (إدراك) . وخلال هذه العوارض المرضية Episodes، يتكلم كلاماً ،

أحادي المقاطع Monosyllabically في الوقت الذي زوجته بدت متهيجة تهاجمه، وتفرغ جام غضبها عليه (تفاعل بيشخصي)، وهو يسعى إلى تناول الأسبرين وغير ذلك من الأدوية المضادة للألم (بيولوجي).

فالتوضيح المتعدد الأوجه لأية مشكلة لا يبرز فقط الصعوبات المستمرة ولكن أيضاً يمكن الفرد من أن يحدد التقربات العلاجية المنطقية، وذلك من خلال معاينة الجوانب التفاعلية للمشكلات المحددة المعالم.

وفي الحالات النادرة عندما تكون ردود الأفعال عاطفية المنشأ وسببها فقط الاضطراب البيولوجي (آفة تشغل حيزاً في عضو من الأعضاء أو اضطراب غدي - صمي أو غير ذلك) فإن كافة الوظائف BASIC ID تظل ضمن نطاق التضمين. فورم في الدماغ الذي يسبب تهيجاً كبيراً، وانفجارات عدوانية تترك تأثيراً في أدوار سلوكية المريض المعاني، وعلى ردود الأفعال الانفعالية الأخرى، وعلى الإحساسات، والتخيلات، والتفكير، بالإضافة إلى كثير من العلاقات البيشخصية. (الجدير بالذكر هنا عندما يكشف التقويم المتعدد الأوجه (أو الأشكال) فجوة Lacuna أو عدم اتساق في الصيغة BASIC I فإن الوظيفة D (ويرمز هذا الحرف للكيان) تستدعي والحالة هذه معاينة تامة بصورة خاصة. وهكذا يتعين ألاّ يتم تجاهل العوامل العضوية عندما يقوم الفرد بعملية التقويم المتعدد الأشكال. وأن هذه النقطة سيغيرها الاهتمام عندما نتكلم عن التشخيص والتقويم في الفصول التالية من هذا الكتاب.

أظهر لنا بلاتشيك (١٩٨٠) plutchik أن الاستجابات العاطفية أو الانفعالية تُثار بفعل منبه يمكن تقويمه معرفياً من قبل الفرد. فمن المنظور المتعدد الأوجه (أو الأشكال) فإن تعاقب الحوادث التي تترتب عن الاضطراب الانفعالي يوضحها الشكل التالي:



فمن خلال إحساس واحد أو أكثر، يسمع الفرد شيئاً ما، ويلمس، أو يُلامس، ويبصر، ويتذوق شيئاً ما، وكل هذه الإحساسات يتم تقويمها معرفياً (تدرك كخطر أو خسارة)، ويلي ذلك التصورات والتخيلات (تتالي الصور الحية من غم وهلاك) التي يترتب عنها سلوك واضح (إقدام أو فرار) ويتبع ذلك أيضاً ارتدادات بيشخصية (أي التجنب أو الضبط والسيطرة).

فالصورة البيولوجية تؤثر في كل حلقة في السلسلة من خلال ولوج الكيميائيات المختلفة في الجهاز (أي الأدرينالين). وعلى هذا يوجد تفاعل بين الوظائف المختلفة، لذا نرى في الشكل السابق كيف أن السهم هو باتجاهين الدال على التفاعل المتبادل بين الوظائف الموضحة في الشكل.

فالسلسلة العاطفية لا تتبع تتابع الإحساس- المعرفي - التخيلي - السلوكي - البيشخصي. فنظام الانطلاق أو انبعاث التنبيه قد يبدأ من أية وظيفة. وعلى هذا فإن فرداً قد يقوم بهجوم قلق بفعل انحصاره بالأفكار المخيفة وبالتخيلات التي تقود إلى احساسات غير سارة (خفقان قلب ودوار). فالأفراد الاندفاعيون ينبعث منهم رد الفعل العاطفي نتيجة قول أو فعل شيء له تشعبات بيشخصية آنية فورية.

فنجد شخصاً مثلاً يطلق ملاحظة رعناء في فعله، سكون يخيم على الجماعة، ويفهم هذا الشخص من الأجواء إنكارها لتصرفه وشجبه، فيحمر وجهه ويتعرق، ويتصور تعليقات الناس المنافية إزاء سلوكه. فيقف ويخرج من الغرفة. هنا، من تحليل هذه الحادثة نرى أن نظام انبعاث التنبيه كان: سلوكياً - بيشخصياً - معرفياً - حسياً - تخيلياً - سلوكياً.

وبدون خضوعنا لنظريات السمة فقد يقال: إن كثيراً من البشر لهم أنظمة انبعاث تنبيه وظيفي - أي التنبيه الصادر عن وظيفة - يمكن التنبؤ بها،ومحددة تحديداً جيداً بحيث تبقى ثابتة وفق مواقف مختلفة. وكما سنرى فيما بعد، **إن هذه النتيجة لها مضامين هامة عند انتقاء التقنيات العلاجية المناسبة.**

هذا ولمعرفة المكونات الأساسية Ingredients للصيغة BASIC ID عند شخص - أي سلوكياته البارزة، وردود أفعاله العاطفية، واستجاباته الحسية، والتخيلات،

وصور التفكير، وتعاملاته البيشخصية، ونزوعاته البيولوجية - نقول لمعرفة هذه المكونات للصيغة المذكورة لا بد من معرفة الكثير عن هذا الشخص إضافة إلى التعرف على شبكته الاجتماعية.

هذا وبهدف تقدير أكبر لتفاعلات الوظائف المختلفة - كيف أن بعض السلوكيات تؤثر وتتأثر بالعواطف، والإحساسات والتخيلات، والمعارف (الأفكار)، وبالعلاقات الهامة.

نقول لتقدير أكبر للتفاعلات المذكورة لا بد من تحقيق مستوى من التنبؤ والسيطرة فلا يتركان للمصادفة والحظ إلا اليسير والقليل.

إن الصيغة BASIC ID تمثل القوة الموجهة Vector للشخصية الإنسانية تماماً مثل ما تمثل الصيغة ABCDEF العلامات في الموسيقا. فلا نجد صيغة مثل: HIJKLMNOP، فالخلائط من ABCDEFG ينقلنا **من العيدان التي يتناول الصينيون بها الطعام** إلى مقطوعات موزارت الموسيقية. أو لنأخذ مثلاً الألوان الرئيسية: الأحمر، الأصفر، والأزرق. فعندما نمزجهم بطرق مختلفة، فالناتج يكون ألواناً ثانوية أي الأخضر، والبرتقالي، والأرجواني وما إلى ذلك من ألوان فرعية.

وهكذا فإن نظريتنا هي أن أي اضطراب بجسد الإنسان وبالنفس يمكن أن ينسحب عليه الصيغة BASIC ID، وعلى هذا فالحب، والأمل، والإيمان، والطموح، والتفاؤل، والمرح، والدوافع الجنسية، وتأكيد الذات، والإحباط، والتوقع، والغضب، والقبول، والملل، أو أي فعل آخر، والشعور، والإحساس، والصورة الذهنية، والفكرة، والارتباط الشخصي أو العامل البدني، كل هذه المكونات لها مكان في الصيغة BASIC ID وتسكن فيها. فالإيمان أو العناصر الروحية مثلاً تصدر عن ارتباط عاطفي- معرفي قوي. ولا بد من التأكيد هنا مرة ثانية أن كل وظيفة **تبدو موجودة بنسبة أكبر أو أصغر، في كل وظيفة أخرى**.

وهكذا نجد أنها نظرية للشخصية ديناميكية الطابع حقاً، فمن أجل أن تعرف أو تفهم شخصاً آخر **لا بد من أن تحيط بجميع صيغته BASIC ID**. فالمعرفة

الذاتية تتضمن وعي لمحتوى صيغة الفرد BASIC ID إضافة إلى استبصار في التأثيرات التفاعلية القائمة.

٢- جوهر التقويم المتعدد الأوجه

غالباً ما يكون التقويم الشامل المفصل أمراً لا بد منه، وشرطاً ضرورياً للمداخلة العلاجية الفعالة. ففكرة التشخيص يجب أن تسبق عادة المعالجة، ذلك لأنها تشير إلى أنه حينما تكون هناك مشاكل حقيقية ويتم التعرف عليها حينئذ فإن العلاجات الفعالة (إذا كانت موجودة) يمكن وصفها. ولملاءمة الطبيعة السريعة الزوال علم النفس الإنساني، وتعقد الفكر البشري، والمشاعر، والسلوك فقد تم ابتداع بعض أساليب التشخيص البالغة التعقيد. وهذه الوسائل تبدو لا نفع فيها بالنسبة للعيادي الممارس. وبعض هذه الأساليب هي بالغة التعقيد لدرجة أنها تحتاج إلى وسائل إلكترونية (حاسبات آلية).

إن السؤال المطروح هنا هو: هل هناك خطة تقويم شاملة ومفصلة تتسم بـ:

أ - سهولة التذكر.

ب - سهولة التطبيق.

ج - ثم هل مثل هذه الخطة تدلنا إلى المداخلات العلاجية الأكثر فعالية؟

باعتقادنا أن أساليب التقويم المتعددة الأوجه تلبي هذه المعايير والتساؤلات السالفة الذكر.

ولتوضيح ما ذهبنا إليه، لنفترض أنه أُعطينا مهلة مدتها ساعة واحدة لتقويم حالة فرد. وهنا تطرح العديد من المسائل المختلفة خلال هذه المدة المحددة المعطاة. فبعض واضعي النظريات Theorists قد تتركز أسئلتهم على ذكريات الطفولة، والتدريب على التبول أو التغوط في المراحيض، وما شابه ذلك. وآخرون يجنحون إلى تطبيق بنود اختبار موضوعي، أو تطبيق اختبار رورشاخ الإسقاطي... الخ.. أما التقويم المتعدد الأوجه فيركز على القضايا التالية:

(١)- ما هي السلوكيات التي تفتح لك طريق سعادتك؟ ماذا ترغب في أن تبدأ بفعله؟ ما هو الشيء الذي ترغب في إيقافه ولجمه؟ ماذا الشيء الذي

ترغب المزيد فيه (زيادته) ؟ ما الذي ترغب في أن تمارسه ممارسة قليلة ؟ ما هي الأشياء التي تعتبرها مصدر قواك الرئيسية ومنابع قوتك ؟

(٢) - ما الذي يجعلك تضحك وتُسَرْ ؟ ما الذي يجعلك تحزن وتبكي ؟ ما الذي يجعل كئيباً ، أرعن ، مسروراً ، خائفاً ؟ كيف تتصرف عندما تشعر بطريقة ما (بمعنى الحزن ، السرور ، الانفعال الجامح ، الخوف) ؟ هل ينتابك القلق ، والغضب ، والاكتئاب ، مشاعر الإثم ، وغير ذلك من العواطف المنافية السلبية ؟

(٣)- ما الذي ترغب في مشاهدته ، وسماعه ، وتذوقه ، وتلمسه ، وتشمه ؟ ما الذي تكره أن تسمعه ، وتتذوقه ، وتلمسه ، وتشمه ؟

هل تعاني من إحساسات غير سارة دائماً أو غالباً (مثل الآلام ، والأوجاع ، الدوار أو الرجفة) ؟ ما هي الأشياء التي تثير رغباتك الجنسية أو تثبطها ؟ ما هو قدرة عبء احساساتك على مشاعرك وسلوكياتك ؟

(٤)- كيف تتخيل ذاتك تعمله في المستقبل القريب ؟ كيف تصف صورتك لذاتك (وصف الذات) ؟ ما هي صورتك عن شكلك وهيئتك (تقويم الهيئة والوجه والجسد) ؟ ما الذي تحبه وتكرهه بالطريقة التي تُدرك فيها ذاتك أن تكون عليه (أي ماذا تحب أن تكون عليه ذاتك وما تكره أن تكون عليه ذاتك) ؟ كيف تؤثر هذه التصورات والتخيلات على سلوكياتك ومزاجك ، وإحساساتك ؟

(٥)- ما هي القيم والمعتقدات الأكثر تعلقاً بها ؟ ما هي اهتماماتك الفكرية وأهدافك الرئيسية ؟ كيف تؤثر أفكارك في مشاعرك وعواطفك ؟

(٦)- من هم أكثر الناس أهمية بالنسبة إليك في حياتك ؟ ماذا يتوقع الآخرون أن تفعله ؟ ماذا تتوقع من الآخرين أن يفعلوه من أجلك ؟ من هم الأفراد المهمون في حياتك الذين يقدمون لك الخدمات ؟ ماذا تقدم لهؤلاء ؟

(٧)- هل لديك اهتمامات حيال صحتك (انشغالات نحو صحتك) ؟ ما هي عاداتك في الطعام، والتمارين الرياضية، واللياقة الجسدية ؟ هل تتناول أدوية وعلاجات ؟

إن الأسئلة السابرة السابقة الذكر تتمشى تقريباً مع الصيغة BASIC ID . فبعد ساعة من أخذ هذه المعلومات من المريض نحصل على تغطية هامة ومركزية عن قصة المريض من كل أبعادها وفق الصيغة القاعدة. فعلى مستوى الممارسة السريرية (الإكلينيكية) من طور تقويمنا لا يتحدد بساعة واحدة، إذ من الممكن الانخراط في عمق أكبر، وتفاصيل أكثر عن كل وجه أو جانب من الصيغة المذكورة، وعن التفاعلات المتبادلة القائمة بين هذه الوجوه أو الجوانب (راجع استبيان القصة الحياتية في الملحق رقم١ لمزيد من بنود مفصلة تغطي الأسئلة الخاصة بالصيغة BASIC ID).

فعندما تتم إدارة الاستعلام المتعدد الأوجه، يستطيع العيادي الذكي أن يتحرى الكذب ويتعرف عليه بسرعة، وأيضاً التشويهات وغير ذلك من البيانات المستقاة من المريض غير المتجانسة. فعملية مسح BASIC ID تمكن المعالج من أن يقرر نقاط الضعف والقوة عند مريضه من خلال الأبعاد التفاعلية «للشخصية»، حيث يتم الكشف من درجة المعرفة الذاتية في كل مجال نوعي.

كيف وأين اكتسب الفرد نتاجاته السلوكية، والاستجابات العاطفية، والمسرات والمكدرات الحسية، والتخيلات، والأفكار، والمهارات والقصورات البيشخصية ؟ فهذه العناصر هي متعلمة، ومطورة، ومحصودة من خلال الخبرة السابقة ومعززة بالإثابات المستمرة.

فنقاط الضعف والقوة، ومصادر القوة التي نتصرف عليها من خلال الصيغة BASIC I هي نتاجات التعلم، والأشراط، ومحاكاة الأمثلة والنماذج Modeling، والعمليات النفسية والاجتماعية المماثلة. فأولئك الذين يسكنون مماثلات المرض والنماذج الطبية بتفسيرات الصيغة BASIC I هم كئيبون بالخطأ. إلا أن إهمال D

(الكيان الشخصي)، ومن ثم تجاهل المضامين الطبية والمرض أمر ينطوي على خطورة مماثلة.

حالة كلاسيكية:

في بداية عام ١٩٧٤ صديق للعلامة أرنولد لازاروس راجعه من أجل معاينة خاله الذي وُصفت حالته بأنها «حالة يائسة»، كان عمر المريض ٣٢ سنة، يعيش مع والدته، ويعيش مخاوف متعددة، وقلقاً معمماً، وتنتابه نوبات جزع، ويعاني من مشكلات سيكوسوماتية، ووساوس وسلوكيات جبرية، وأعراض مراقية (بمختصر العبارة رجل في حالة عجز انفعالي تام). كانت أم المريض ترافقه عند ذهابه إلى المعالج وتصف ابنها بكونه «على درجة كبيرة من النرفزة» ولكنه رقيق دوماً. كان المريض مصاباً برهاب الساح agoraphobia، فلا يغادر الدار بدون والدته. كان ينتابه جزع قاهر عندما يغادر الدار أو يحاول ذلك. كما ويحيط به رهاب نوعي هو الخوف من المرض والموت. أما سلوك الجبر في غسل يديه، وممارسة طقوس النظافة فترتبط حصراً برهاب الجراثيم.

يعود تاريخ مخاوفه الرئيسية عندما كان عمره ١٧ عاماً، أتم دراسته الثانوية وخطط لمتابعة دراسته في الجامعة.

كشفت قصة حياته المفصّلة أنه كان الولد الوحيد، أحاطته والدته بعناية مفرطة، وحماية لاجمة لاستقلاليته والاعتماد على نفسه، أما والده فكان مدمناً على الخمر. خلال باكورة حياته شعر المريض بنفوره من والده. وعندما شب عن الطوق وكبر، أخذ يلعب دور الحامي لوالدته عندما يكون والده فظاً، يغلظ على والدته. وكثيراً ما كانت والدته تقول له «لا أعرف ماذا أفعل بدونك». في السابعة عشرة من عمره تعرض إلى ورطة ومأزق. فقد رغب في الذهاب إلى الجامعة، ولكن كيف له أن يترك أمه؟ وإن ظهور نوبات الجزع، ومشاعر القلق الكاسحة فرضتا على والدته التواطؤ معه. لقد كان «على درجة كبيرة من المرض في مبارحته للدار». إن هذا الموقف عزز مرحلة العلاقة التناقضية المتمثلة في أن يلعب

دور الحامي لوالدته من جهة، ومن جهة أخرى وفي الوقت نفسه تنامت لديه مشاعر التعلق الطفلي بوالدته.

توفي والده بعد ثلاث سنوات من مرض القلب التاجي (الإكليلي). وكان نتيجة ذلك أن قطنت أختها الأرملة في بيتها، وهنا لعب صاحبنا المريض دور الحامي أمه وخالته معاً. كان رجل البيت وسيده، يحيطهما برعايته الاثنتين معاً، رغم أنه لا يجرؤ على مغادرة الدار بدون والدته. بدأ يشكو من أمراض بدنية متعددة. وبصحبة والدته طاف على مجموعة مختلفة من الاختصاصيين الأطباء. فقد أجرى فحوصاً هضمية وغدية - صمية، وعصبية، إضافة إلى كثير من الاختبارات والفحوص مثل الأشعة، وتخطيط القلب. وقد أبانت جميع هذه الفحوص والاختبارات انتفاء وجود أي مرض أو آفة بدنية. وبعد سنة (عندما كان عمره ٢١ سنة) أحاله طبيبه الداخلي (الباطني) إلى معالج نفسي تحليلي.

ترك والده بعد وفاته بوليصة تأمين بقيمة ١٠٠ ألف دولار إضافة إلى معاش تقاعدي من الجيش، إضافة إلى ممتلكات أخرى قليلة، فهذه التركة المالية مكنت المريض من دفع أجور العلاج النفسي التحليلي عدة جلسات أسبوعياً. بعد ست سنوات من العلاج النفسي التحليلي بأجور دفعها قدرت بـ ٥٠ ألف دولار، لم يستفد بعد هذا من العلاج المذكور. فمخاوفه، ورهابه، وسلوكياته الجبرية، والاهتمامات السوماتية، ووضعه العائلي جميع هذه الاضطرابات بقيت على حالها رغم هذه المدة الطويلة التي قضاها في هذا النوع من العلاج والمبالغ الطائلة التي دفعها. بقي بدون أصدقاء، ومحروم من الاستقلالية، ومن الحركة. ظل قاعداً في داره، يمضي وقته بمشاهدة برامج التلفاز، والقراءة، ولعب الورق مع خالته، ويذهب ليبتاع حاجيات الدار مع والدته، إضافة إلى قضاء عدة ساعات في الحمام يمارس طقوسه الجبرية الوسواسية. هكذا كانت حياته اليومية.

كان لأخت عمته بالتبني ولد مختص بعلم النفس، فأوصى أن يعالج المريض عند معالج سلوكي محلي. وقد عالجه هذا المعالج بأسلوب إزالة التحسس

المنهجي، وأسلوب إيقاف الأفكار Thought stopping، والاسترخاء المتصاعد. وبعد شهرين من هذا العلاج تمكن المريض من الخروج من الدار إلى السوق والعودة بدون مصاحبة والدته. ولكن عندما تعرض إلى نوبة جزع انكفأ راجعاً إلى الدار، فأنهى علاجه السلوكي. بعد عدة سنين قليلة تالية ساءت حالته واستحكمت علله النفسية به، وتزايدت كوابيس الموت فزادته سوءاً على سوء. كما وتعاظمت طقوس الجبر الوسواسية في العدد وشكاويه السيكوسوماتيه. والشيء الجديد في سلوكه هو أنه أصبح نزاعاً إلى الانفجارات الانفعالية في وجه والدته.

بعد ذلك أحيل إلى الدكتور أرنولد لازاروس للعلاج، فقد تلقى على يده بالإضافة إلى العلاج النفسي التحليلي والقليل من العلاج السلوكي اللذين سبق وتعالج بهما، نقول تلقى العلاج الدوائي، والعلاج بالصدمة الكهربائية، والعلاج الوجودي Existential. ومع ذلك فقد ظل يعاني من رهاب الساح والعديد من الرهابات الأخرى، والطقوس في الحمام، وغيرها من المشكلات الوسواسية الجبرية. وهنا انتهت القصة التي نحن بصددها.

هذا وقبل الكلام عن النوعيات في التقرب المتعدد الأوجه التي تم استخدامها فيما بعد للمريض، يحسن هنا أن نسأل أنفسنا أولاً: ما الذي حدث هنا؟ هل هناك مقاومة عند المريض ضد العلاج، فلا يرغب في الخروج من عقال مرضه، ويصارع يائساً كيما يبقى على حاله؟ وهل كان المريض «قاتل المعالج» يسعى جاهداً المرة تلو الأخرى، وجولة بعد جولة ليقهر جميع من عالجوه، ليضيف إلى ذاته المزيد من مداليات انتصاراته عليهم؟. أم هل هو (متسوق المعالجين)، تقوم طريقة عيشه على أن يكون في العلاج دوماً؟.

إن الشيء البارز والمهم هو أن في سعيه وتفتيشه عن العون العلاجي كان يتجنب الجناح المتطرف. كان يستشير فقط الأطباء البشريين الشهيرين، وأطباء النفس، والمعالجين النفسيين الذين يتمتعون بقدر كبير من الاحترام، والاختصاصيين النفسيين المجازين. هذا وحتى أن قيمة التدريب على التأمل Meditation كان موثقاً

من قبل الطبيب المتخرج من جامعة هارفرد والاختصاصي النفسي من جامعة برنستون Princeton، فلماذا لم يحصل على أي تحسن من معاناته؟ وكيف أن المعالج النفسي الذي تقاضى منه ٥٠ ألف دولار، وسمح لنفسه بأخذه هذا المبلغ الضخم، في الوقت الذي استمر في معالجته على وتيرة واحدة ولمدة ست سنوات بدون أي علائم أو تباشير تحسن؟ (رفض هذا المعالج أن يبعث إلى الدكتور أرنولد لازاروس تقريراً عن حالة المريض وسير علاجه، ولكن أجابه على الهاتف إن المريض يعاني من عقدة أوديب وهي جوهر مشكلاته وصراعاته).

ولأن جانوف (١٩٧٢) ادعى أن العلاج الذي يتم في أبكر وقت هو «الشفاء الوحيد» بينما تبدو جميع النظريات النفسية مطلقة وغير صادقة، فنحن هنا في حرية مطلقة، لنسأل لماذا لم يشف هذا المريض بالعلاج المبكر؟

وهل يا ترى أنه تعالج عند محلل نفسي ضعيف المران والخبرة، أو معالج نفسي وجودي رديء، أو معالج سلوكي غير كفؤ، وما إلى ذلك من تساؤلات؟ وإلى أي حد يوجد خطأ مهم في ميدان العلاج النفسي؟

هناك بعض المختصين بالنظريات Theoriets والمعالجين يشددون على العمومية بين التقربات العلاجية المتباينة. فهم يفتشون عن المتماثلات ويظهرون أين تتراكب الأنظمة العلاجية المختلفة والطرق. إلا أن في تجاهل الاختلافات والفروقات يكمن أيضاً إغفال العوامل المهمة التي لها قيمتها في التباين الحرجْ. ولا مراء، أن العلاج المتعدد الأوجه فيه كثيرٌ بما يشترك فيه التقربات العلاجية النفسية الكثيرة.

إلا أن السؤال الذي يطرح ذاته هنا في هذا السياق هو: ألا يوجد للعلاج المتعدد الأوجه سمة ينفرد بها عن غيره من العلاجات؟. وهل أن المعالجين المختصين بهذا النوع من العلاج يفعلون شيئاً يختلف عمّا يفعله المعالجون الآخرون؟ للجواب، دعنا أيها القارئ نعد ثانية إلى قصة المريض التي ذكرناها (القصة الكلاسيكية).

تحوي المقابلة البدئية عادة على بناء التوافق بين المعالج والمريض. بينما يتم الحصول على المعلومات المتعلقة بمشكلات المريض وسوابقها، يحاول المعالج

أن يوحي بالأمل للمريض. فمعنويات المريض عادة تكون منحطة ضعيفة، ذلك لأنه من خلال قرعه لأبواب عيادات الأطباء المستمر، وتقلبه على معالجات متنوعة غير مجدية، أصبح في حالة اكتئاب ويأس ومتردداً من مغامرات علاجية جديدة قد لا تكون أفضل من سابقتها الفاشلة.

ونشير هنا إلى نقطة هامة هي أن بعض المرضى يبقون على اهتمام بمقاومة التبديل. لذا فمن المناسب أن يسأل المعالج المريض فيما إذا كان في منظور توقعاته معارضة المعالج ومقاومته، أو أنه يتصور نفسه في مقدوره التعاون معه (إن هذا السؤال في حقيقته يرمي إلى إزالة نزوعات المقاومة وتحسين درجات المطاوعة والمسايرة والقبول من جانب المريض). كما وعلى المعالج أن يقترح على المريض قبوله بإجراء أربع جلسات للإقرار فيما إن كان المريض على استعداد للتعاون مع المعالج أو مقاومته ومعارضته.

بعد إجراء الجلسة البدئية، يعطي المعالج المريض الاستبيان الخاص المسمى استبيان القصة الحياتية - المدرج في الملحق رقم ١ من هذا الكتاب -. في نهاية الجلسة الثانية تمكن الدكتور لازاروس من استخلاص البروفيل التالي لشخصية المريض الذي سردنا قصته:

السلوك:

١-تجنب.

٢-يلعب المريض دور المرض.

٣-انتفاء وجود انخراطات اجتماعية.

٤-ممارسة طقوس جبرية في الحمام.

العاطفة:

١-خوف.

٢-جزع.

٣-قلق .

٤-غضب .

٥-اكتئاب .

الإحساس :

١-دوار .

٢-رجفان .

٣-آلام/ أوجاع... الخ .

التخيل :

١-نظرته لذاته سيئة .

٢-أبوان في حالة خصام دائم .

٣-مضطرب من معلم سادي .

المعرفة (الأفكار) :

«يراني الآخرون شخصاً غريباً»

«لا توجد امرأة ترغب في الاقتراب مني» .

«تصورات تلوث» .

«يستخدم تعابير إلزامية في تفكيره : يجب ويتعين ولا بد» .

البيشخصية :

-عاجز - جبان - شبه متصوف .

أدوية / بيولوجيا :

-يتناول بصورة منتظمة ١٠ ملغم فاليوم ثلاث مرات يومياً .

-يتناول أطعمة غير متوازنة الغذاء .

-بدين ، لياقة صحية ضعيفة .

إن هذا البروفيل يستغرق ١٠-١٥ دقيقة. وأن مميزة كتابة المشكلات النوعية وفقاً للصيغة BASIC ID أنها تزود بمخطط أو برنامج عمل لكل من المريض والمعالج يخدم وضع أهداف العلاج، وأيضاً تقويم التقدم العلاجي. وهناك فائدة أخرى من هذا البروفيل يتساوى في الأهمية. وهذه الفائدة تتمحور في خدمة المريض من الناحية التثقيفية بتوسيع معرفته بالعملية العلاجية، وهذه ناحية هامة جداً في العلاج نلفت النظر إليها ذلك أن المقاومة العلاجية من جانب المريض، وإضعاف المقاومة تكونان بجعل المريض يؤمن بالعلاج، وهذا لا يمكن إلا إذا تثقف به حيث يعمل بدافع ذاتي على تبني التدريبات العلاجية والوقوف منها موقفاً إيجابياً.

نعود إلى مريضنا موضوع علاجنا له فنتساءل عن المداخلة العلاجية التي تبدو منطقية ومناسبة لحالته.

بعد دراسة بروفيل الوظيفة أو الشكل Modality Profile وإعادة قراءة استبيان القصة الحياتية، قرر المعالج أرنولد لازاروس البدء بالوظيفة التخيلية والبيولوجية وفقاً لتحليل بروفيل الوظيفة الذي ذكرناه.

وقد عرض المعالج على المريض الأسباب التي دعته للبدء في معالجة الوظيفتين السالفتي الذكر بكون لياقته الصحية سيئة. فقد كان المريض، كما ذكرنا، بديناً، يقبع في داره، لا يمارس رياضة ولا أية وسيلة تجعله رشيقاً. وشرح المعالج للمريض أهمية العلاقة القائمة بين البدن والنفس. فالرياضة البدنية تنعكس إيجابياً على نفسيته، لذا كان الهدف العلاجي المباشر هو تخفيف وزنه واستعادته للياقة البدنية. وأكدّ المعالج على الفكرة أن الفرد الذي يتمتع بلياقة جسدية عالية، ولنقل من الأنموذج AI، يكون في منأى عن التعرض للقلق، أو معاناته لضعف الثقة بالذات، أو اضطرابات سيكوسوماتية. كما وناقش المريض دور التغذية الجيدة، وشرح له أيضاً عادات الطعام السيئة التي استحكمت به والتي أسهمت في خلق مشكلاته الانفعالية.

قبل أن يصف له برنامج الرياضة البدنية، ألحّ المعالج عليه بضرورة إجراء فحوص طبية ومخبرية (من ضمنها تحريات دموية وتخطيط قلب) وذلك للتأكد من

عدم وجود اضطرابات وأعراض عضوية (أرغب أن أدفعك إلى الأمام لتكون بمصاف الرياضي أو المقاتل الجاهز دوماً لمواجهة أي شيء). واستهدف المعالج من وراء مقولته عدة أهداف. أولاها حشد سلوكياته التكيفية. فصورة الرياضي المدرب الجاهز للفوز وللتحدي تأثير مجازي Metaphoric التي تلائم وتتناغم مع حاجات المريض ومدركاته. فالمريض لا يرغب من معالجه أن يلعب دوراً داعماً بقدر ما يعلب الصدى تخيله برقيب في الجيش قوي الشكيمة وصلب القيادة يتعامل تعاملاً قاسياً مع رجاله، ولكن في أعماق سريرته يكن لهم العطف والحنان والمحبة.

إن هذه المعلومات استنتجها المعالج من خلال الطلب من المريض أن يصف الطريقة التي كان يتعامل بها مع المعالجين السابقين، إضافة إلى رسم الصورة التي يراها مثالية في العلاقة الكائنة بين المريض والمعالج وتفاعلاتهما.

كشف الفحص الطبي والمخبري وجود ارتفاعات بسيطة في الكولوستيرول والتريغلسيريد الأمر الذي أكد حاجته إلى تبديل في عادات طعامه وممارسة التمارين الرياضية. كما كان ضغط الدم مرتفعاً قليلاً. انتسب المريض إلى نادي الشبان المسيحي الرياضي في منطقته، وبينما كانت والدته تحبك الصوف وتقوم بالمشي، ومن ثم الهرولة حول البيت، ومن ثم في بهو النادي، كان المريض يمشي، ومن ثم أخذ يهرول في ممرات النادي وأضاف تدريجياً السباحة وتربية الأجسام إلى برنامجه التدريبي.

وهنا بدأ عنده إعادة تركيب البنية المعرفية. فبدلاً من أن كان ينظر إلى تسرع قلبه نظرة رعب وخوف، فإن رياضته أضحت تفسر هذا التسرع على أساس نشاط قلبي وعائي.

خلال شهر تقريباً بدأ يتشذب شكله وقوامه، فأصبح أقل وزناً وأكثر نحولة. وزاد تدريجياً مدة هرولته ومسافتها. ورغم أنه ما زال يشتكي من أوجاع لا نهاية لها، وآلام، ومن أمراض وهمية، كان المعالج دوماً يتجاهل هذه الأعراض والشكاوي المراقبة التي يبديها المريض كي لا يعززها عنده. وفي الوقت نفسه الذي كان يتريض ويبدل عادات غذائه (التوقف عن تناول الشحوم والزيوت

والسكريات والملح كان عليه أن يتناول خبز القمح الكامل، والحبوب بأنواعها، والفواكه الطازجة والخضار بدلاً من الأطعمة غير المتوازنة). فقد بدأ ببرنامج منهجي من تمارين التخيل التعاملي Coping imagery (انظر الملحق رقم ٢).

إن أحد الافتراضات العلاجية الجوهرية ـ المؤلف يؤمن بهذه الافتراضات ويطبقها في علاجاته ـ أن المرضى قبل أن ينفذوا أي عمل ميدانياً (أي التنفيذ واقعياً) عليهم أن يمارسوا الأفعال تخيلياً (أي لعب الدور تخيلياً). فالافتراض هنا يقوم على أساس أن الأفراد إذا لم يتخيلوا أنفسهم يقومون بعمل ما فمن الجائز **أنهم لا يستطيعون تنفيذه (ميدانياً)**. وعلى هذا إذا رغب فرد ما أن يقلع عن التدخين ويقول لذاته التالي: «أنا لا أستطيع أن أتخيل ذاتي أنها غير مدخنة»، هذا الفرد قد لا يستطيع التوقف عن التدخين والإقلاع عنه حتى يتم تخيله بقدرته على ذلك.

إن المريض الذي نحن بصدده لا يحمل صورة عن ذاته كفرد فاعل، أي يتحرك، ويجول، ويختلط بالناس، ويكسب عيشه بالعمل، ويطور صداقاته ومعشره، ويأكل في المطاعم، ويعاشر النسوة، ويحضر حفلات، ويترك أمه مع نفسها.

لتبديل هذه النزوعات السلبية نحو المجتمع لجأ الدكتور لازاروس إلى إنشاء مواقف هرمية Hierarchy of situation، بدءاً من تخيلات بسيطة، وحدات قليلة الإثارة التخوفية، (السير لمسافة بسيطة من داره ومن ثم زيادة المسافة تدريجياً حتى المرحلة التي يتخيل ذاته يقود السيارة إلى السوق التجاري بدون والدته، وإلى النادي لوحده الذي انتسب إليه وما إلى ذلك...)، ومن ثم أضيفت تخيلات لمواقف اجتماعية (الذهاب إلى نزهات، وحفلات كوكتيل، وعشاوات رسمية ... الخ).

ثم نظم المعالج للمريض برنامج لعب الدور، Role playing ينفذ فيه علاقات (مصادفات) بيشخصية مختلفة، فقد أوصى المعالج بالعلاج الجماعي إضافة إلى العلاج النفسي الفردي، إلا أن المريض عارض الفكرة، إلا أنه قرر بعدم الإصرار على رفضه في الوقت الذي كان المعالج يدفعه بقليل من القوة في ميادين علاجية أخرى.

كان أحد عناصر القلق الرئيسية عند المريض يدور حول موضوع يتمثل بكونه وحيداً في بلدة غريبة وأصبح مريضاً. ناقش المعالج هذا القلق مع المريض حيث

أبان له أنه في هذه الحالة يمكنه الذهاب إلى أقرب مستشفى ويعالج من قبل الطبيب المناوب. والقصد من وراء هذا الشرح هو أن يدرك المريض أن العالم يمتلئ بالمحسنين، وهم أكثر تدريباً وقدرة من والدته في الاعتماد عليهم، وبناء على ذلك قدم المعالج إلى المريض التخيل التالي:

«تخيل أنك لوحدك في مدينة شيكاغو. شعرت بالمرض والتمست العلاج في المستشفى... تخيل هذا المشهد في المستشفى... الأطباء هم من حولك يتكلم الواحد مع الآخر، يقدمون لك المساعدة، ويعتنون بك».

هنا بدأ يشعر المريض بفرط التهوية الرئوية (من شدة القلق في تخيله للمنظر السابق) وانتابه الجزع.

أدرك المعالج أن هذا التخيل أثار عنده «ذكرى منسية» وحرضت تنفيساً كاملاً alreaction لهذه الذكرى المتوارية في اللاشعور. وعندما هدأ المريض من روعه وجزعه، استرجع من جديد ذكريات حية لحادثة أصابته عندما كان في السابعة من عمره. إذ دخل المستشفى لاستئصال اللوزتين، واستفاق من تأثير المخدر ليجد الناس يلتفون من حول سريره. كانت والدته تتكلم مع شخص حول ضعف بنيته وتركيبه. ومما قالته: «آمل أن يعيش ليصل إلى سن الحادي والعشرين».

وعندما سأل المعالج المريض عن أسباب ذكرى والدته له بوصفه «واهن ومريض»، فأجابه معللاً انطباعها عنه بكونه لديه الاستعداد للإصابة بالأخماج INFECTIONS والحميات عندما كان طفلاً، الأمر الذي أشار طبيبه وقتئذ إلى ضرورة استئصال لوزتيه.

عندما سبر المعالج انتكاسات تقويمات والدته وفي الجلسات التالية، اتضح جلياً أن نزوعات المريض السيكوسوماتيه والسوماتيه (العضوية) تنبع من مواقف والدته تجاهه. فمقولات والدته عند صحوته من التخدير بعد العملية الجراحية لعبت دوراً سلبياً في أعراضه. فقد كان وقتئذ في حالة نصف وعي وعلى درجة كبيرة من تقبل الإيحاء. وتعرض إلى رض بعد العمل الجراحي عندما ادعت

والدته أنه هش ويتعرض بسهولة للمرض، وهذا ما تركز بدوره على العجز الذاتي كمفهوم موجه جوهري.

بصرف النظر عن الدقة في هذا التحليل المختصر، كان المريض منزعجاً انزعاجاً واضحاً بفعل هذه الحوادث المتخيلة أو الحقيقية، حيث كان لا بد من فعل شيء للتخفيف من كربه. ففي العلاج المتعدد الأوجه، نسعى إلى تغطية كامل الصيغة BASIC ID أينما يكون ذلك ممكناً. وأن الأمور المضادة التالية قد تم وصفها له:

السلوك: استخدام «التطعيم الذاتي». فخلال عدة مرات يومياً نفذ ما يلي: أغلق عينيك، استرخ، وكرّر المقولة الذاتية (الحديث مع الذات): «أنا لست هشاً صحياً ولا مريضاً. ولم أكن كذلك أبداً».

استخدم (النشاط العضلي الموجه) اضرب بيدك على وسادة مطاطية الحشوة وذلك كتمرين لمساعدة إثارة غضبك.

العاطفة: حاول أن تكون في تماس مع الغضب بدلاً من القلق.

التخيل: تخيل ذاتك تعود إلى الوراء في «آلية زمنية» سن ٣٢ تتصور ذاتك عندما كنت في السابعة ترقد في سرير تلك المستشفى. فهذا الولد الصغير (الذي أنت الآن) يشعر بشيء خاص عن ذاتك وأنت في العمر ٣٢ ويطمئن الولد (أنت الآن) إنه ليس هشاً ولا ضعيفاً صحياً.

التفكير (أو المعرفة): تؤمن أن والدتك تعكس عليك (تسقط) أوهامها المرضية البدنية ومشاعر القلق. فلا توجد أية دلائل حقيقية موضوعية ملموسة وواقعية حيال ملاحظاتها حولك.

العلاقة البيشخصية: تكلم ما تتذكره عن هذه الحادثة إلى والدتك. كن متصدياً ولكن بدون تهجم أو ذم، التكرار السلوكي قد يبدو ضرورياً قبل تنفيذ هذا التدريب.

الأدوية / والجوانب البيولوجية: استمر في الإجراء الذي يحسن لياقتك الصحية وأقلع تدريجياً عن تعاطي الدواء من اليوم.

عندما تم مناقشة هذه التوصّيات والأخذ بها، ظهرت مشاعر وترابطات جديدة، لقد صَعّد المريض مخاوفه القائمة المستمرة حول الموت، كما تكلم عن تناقضات وتضاربات مواقفه العاطفية ambivalence وبخاصة مشاعره المتضادة تجاه والدته. (إن انشغالات المريض الوسواسية بالموت ظهرت على ما يبدو بعد المداخلة الجراحية التي أجراها. لقد ولد المريض عام ١٩٤٢. وعندما سأله المعالج عن وجوده في عام ١٩٤١ فأجاب: «لم أولد حتى عام ١٩٤٢»، ومن ثم قال له المعالج «إذن لم تكن حياً في عام ١٩٤١.. وبكلمات أخرى إذا لم تكن حياً في عام ١٩٤١ أو في عام ١٩٣١، أو في عام ١٩٢١، فهذا يعني أنك كنت ميتاً في تلك السنين. فبربك أعلمني إذن هل كانت سنة ١٩٤١ أو عام ١٩٠٦ أو عام ١٨٧٣ هي سنة سيئة بالنسبة إليك؟ فعندما تموت فإنك تعود إلى سنة ١٩٤١ أو ١٩٠١ أو ١٨٩٩. ترى هل هي صفقة كبيرة؟».

لقد بدا المريض مثبطاً بتلك الرجوعات الزمنية من زمن إلى آخر حسب ما رأيناه من نقاش. كما واتضح للمعالج أن المريض استجاب استجابة سيئة إزاء التطمين، أو ما نسميه بالسلوكيات الرافعة للمعنويات المباشرة التي أظهرها المعالج إليه، إلا أن المريض تحسن مزاجه الاكتئابي عندما عمد المعالج إلى استخدام تقنية السلوك المتناقض أو (الممارسة السلبية Paradoxical technique) عندما قال له: «إذن، كما يعلم كل الناس عنك، أنت هش، سريع العطب بدنياً، ضعيف، فيك العيوب، يكاد جسمك يتداعى إلى أجزاء من الضعف، ناقص، ملوث بالجراثيم، عاجز...».

ضحك المريض، ولفظ بعض الكلمات الغامضة، وهنا بدأ العلاج يسير في الاتجاه الإيجابي.

أحد التخيلات التعاملية التي استدعت تنفيذ التمرين المتكرر كان ذاك المشهد التخيلي الذي تصور فيه والدته وهي تتوسل إليه، وتستجدي عاطفته ألاّ يترك الدار ولا يهجرها. وفي ثلاث أو أربع مناسبات أجرى المعالج جلسات علاج أُسرية

تضمنت المريض، ووالدته، وخالته، ولكن اتضح للمعالج فيما بعد أن تلك الجلسات كانت غير منتجة بالنسبة لما كان يطرحه من إرشاد بعد علاج دام مدة سنة تقريباً، وأخذ المريض في حضور جلساته العلاجية بدون اصطحابه لوالدته، إلا أن موقفها من المعالج والعلاج كان على درجة كبيرة من العداء والرفض. إذ رفضت إجراء أية لقاءات علاجية أُسرية، وحاولت إقناع ابنها بإيقاف علاجه.

دام علاجه نحو سنتين. وخلال ذلك، أي المئات من الساعات العلاجية، طبق المعالج العديد من التقنيات العلاجية التي تغطي الصيغة BASIC ID. فاستخدم المعالج أساليب العلاج التالية:

الرصد الذاتي Self-monitoring، إيقاف الفكرة، التقنيات التخيلية المختلفة إزالة التحسس المنهجي التخيلي والميداني، دحض الأفكار الخاطئة، لعب الدور والعلاج الغشتالتي والسيكودراما (أي ما نسميه تقنية الكرسي الخالي[1]، إضافة إلى الأسلوب التخيلي بالعودة إلى الوراء في الوقت المحدد لإنجاز «عملٍ غير منجز»)، كما وخصص المعالج عدة جلسات للحديث عن الأمور مثل: (المتعة الطويلة الأمد) والتأثيرات المختلفة لصيغ الكلام أو الأحاديث مع الذات الجبرية، والتي يسميها (كارين هورفي ١٩٥٠ «باستبدادية تعابير يجب Should».

لقد تناقصت طقوسه الجبرية الوسواسية من خلال تطبيقه تقنية منع الاستجابة response prevention، وتعني (طقوس الحمام)، والعقود المشروطة Contingency contracts (بدلاً من قضاء أربع ساعات في الحمام وهو يمارس طقوسياته الجبرية، فقد تم الاتفاق بين المعالج والمريض أن ينقص تواتر طقوسه إلى النصف أو أنهُ يُغَرّم بحرمانه من مشاهدة استعراضات وأفلام التلفاز المحببة إليه لمدة أسبوع كامل، وفيما بعد يخفض تخفيضاً منهجياً طقوسه من ساعتين إلى أقل من ٤٥ دقيقة يومياً).

بعد انقضاء ١٩ شهراً منذ بدء المعالجة بعلاج المتعدد الأوجه، فإن معظم البنود السلبية التي كانت موجودة في بروفيل المريض المرَضي قد زالت، ومنذ

(١) في الملحق رقم (٢) تجد وصفاً للتقنيات المذكورة.

ذلك الوقت أظهر المريض رغبته الصادقة في السفر لوحده بدون اصطحاب والدته، كما أن مخاوفه المتعددة الأبعاد، وسلوكياته الجبرية، والقلق المتعدد، هذه الاضطرابات أمكن السيطرة عليها. إلا أنه ظل يعيش في كنف والدته وخالته، ولم يتطلع إلى عمل مربح يجني لقمة عيشه من عرق جبينه، ولم يتجرأ على معاشرة النسوة والاستمتاع بمخالطتهم ومعاشرتهم جنسياً. إن دفعه للانعتاق من دار والده، والتفتيش عن عمل، ومخالطة النسوة، هذه الأمور كانت شاقة عليه، لا يقوى على كسر هذا الإسار وتحطيمه. وكل ما فعله المعالج أنه استخدم كل قدراته وخبراته السريرية (الإكلنيكية) من تقنيات التخيل، وتأكيد الذات والتأويلات الإيجابية، وعقود الشروط القائمة على الإثابة والعقوبة، ومناهضة الأفكار الخاطئة (تصحيح البنية المعرفية)، وغيرها من ضروب العلاج المتعدد الأساليب والأوجه، ومن ضمنها «الإقناع القسري»، وفي التقنية الأخيرة عمد المعالج إلى تصويره بصورة تقنية تمثلت بالشخص المضطرب المشوش، العصبي، الخامل الذي يتداعى في خضم مسالكه العُصابية إن هو رفض أن يركب متن المغامرة، وعزف عن كسر هذا الإِسار السلبي الذي يضربه حول نفسه الذي يتمثل في ثلاثة أمور جوهرية هي: بقاؤه في أحضان والدته، عدم سعيه في الحصول على عمل، والاختلاط بالنسوة. ولم يغب عن ذهن المعالج القوة المعاكسة التي تمارسها والدته في منع ابنها من ركوب متن هذه المغامرات.

لقد لعبت والدته دوراً في حياته، وفي حسه في الالتزام، كما وتدبرت تأريث شكوكه المتبقية ومخاوفه في كثير من المناسبات. وقد تبين للمعالج أنه كان أكثر إغراءً وإقناعاً ومصداقية من والدته. وأخيراً قبل المريض أن يفترق عن أمه فيسكن في شقة لوحده، وحصل على عمل في شركة، ورغب أن يتبع دورة تدريبية إدارية، كما وبدأ يعاشر إحدى السكرتيرات، فخرج عن طوق عزوفه عن النسوة والاقتراب منهن.

إن النجاح العلاجي الرائع يكمن في التعرف على ترتيب الصيغة السيكولوجية (البروفيل السيكولوجي) المؤرث لاضطراباته الذي إليه يعزى معظم نوبات قلقه.

لقد أدرك المريض أن مخاوفه تأتي عادة من خلال تتابع الصيغة C- S – I – C - B . فأولاً لقد أصبح يدرك أن بعض إحساساته الصغيرة (تسرع خفيف في ضربات القلب، توتر الوجه) تنتج تخيلات مخيفة (التفكير الكارثي) - مشاهد متتالية تخيلية لغرف العمليات، وتعليق المصل الفيزيولوجي وزرقة بالوريد - في الوقت الذي يحرض تفكيره مشاعر الخطر والتهديد حيث يضيف في كلامه مع نفسه (حديثه مع ذاته)، «وماذا إذا» إلى الصيغة السالفة الذكر - توقع حدوث كارثة له - (ماذا إذا ما أصبحت مريضاً لدرجة خطيرة؟) حيث يتراجع وينهزم سلوكياً ويقوي ذلك الحلقة المعيبة بإنتاج مزيد من التفكير الكارثي.

إن التعرف على ترتيب الحوادث مكن المعالج أن يصف الإجراءات الفعالة.

وحالما يشعر المريض **بالإحساس البدني السلبي كان لا بد عليه** من ممارسة **الاسترخاء التفريقي إضافة إلى تقنيات التنفس التي تعلمها**. ثم كان عليه أن ينتقل إلى نجاح مختلق يتجلى بالتعامل التخيلي وفي الوقت نفسه يتحدث مع نفسه بالكلمات التالية: «كن بارداً، كن هادئاً».

إن تتابع الصيغة العلاجية A-B-C يستدعي معالجة مختلفة من B-C-S-A أو تتالي C-S-A-B وهكذا... نسمي هذا الأسلوب بالمتابعة Tracking (انظر الفصل الخامس والملحق رقم٢).

معلومات عن المتابعة Follow-up

بعد سنة واحدة (شاهده المعالج عدة مرات خلال تلك السنة وأجرى له عدة جلسات داعمة بعد أن عانى التخاذل الذي لا مبرر له أتاه في أعقاب بعض عوارض قلق خفيفة) بدل عمله (كان يتلقى راتباً جيداً إضافة إلى علاوات عمولة من بيع بوالص تأمين)، كما انتقل إلى شقة سكنية أفضل، إضافة إلى استمتاعه باللهو مع النساء، وأتقن لعبة السكواتش، والتفت إلى رياضة ركوب الخيل. ذلك هو الجانب الإيجابي من نزوعاته التي طرأت عليه. أما الجانب السلبي فقد بقي لحد ما متخوفاً يتجنب الأماكن المزدحمة، ويصر على أن يجلس منعزلاً عندما يدخل المسارح. وفي اعتقاد

المعالج أنه ما زال يبدي اهتماماً بصحته. وبينما أصبح منظره متناسقاً ملائماً بالنسبة عما كان عليه في السابق، فإنه يهتم بالأطعمة الصحية ويمارس الرياضة.

بعد أربع سنوات متابعة، استمر في التقدم. ويفكر بالزواج ويقوم برحلات خارجية، وحاز على جائزة تقدير من شركته التأمينية - «البائع الجيد لهذا العام لبوالص التأمين». وخلال مقابلته العلاجية أصبح على درجة مناسبة من تأكيد الذات إذ كان يُغري معالجه لشراء بولصة تأمين. ويعتزم دخول سباق ٢٤ كيلو متراً «سباق الضاحية»، ويحاول أن يكون من مذهب النباتيين. وفي الوقت ما زالت عنده بقايا ورواسب الانزعاج من الأماكن المزدحمة، إلا أنه أفاد صراحة بتضاؤل مخاوفه من الأماكن المغلقة. والغريب من جانب والدته أن نظرتها إلى حصيلة علاجه ونتائجه أنه أضحى ابناً فاسداً، «أي أفسده العلاج». وقد سمع عن والدته من شخص في تعليقها عن انطباعاتها عن علاجه أن ابنها كان «ولداً طيباً» ولكن هذا «المعالج النفسي المقيت» أفسده، فدفعه إلى الرذيلة بالانغماس في الاتصال بالفتيات، وربطه بأمور الانحلال الخلقي. أما المريض فلم يعد يأبه لموقف والدته منه ومن سلوكه الجديد.

تعليق ومناقشة

لا يمكن أن ينكر أي إنسان أن الكثير من الأهداف العلاجية البناءة قد تحققت في هذه القصة العلاجية. وقد يقول قائل: إن هذه النتيجة يمكن الوصول إليها بدون الأخذ بالعلاج المتعدد الأساليب، وآخرون قد يدعون أن الذي حصل هو الأرباح الإيجابية رغماً عن العلاج.

ونعود إلى بداية القصة العلاجية حيث، كما ذكرنا، عرض المعالج هذه القصة على عدة معالجين ينتمون إلى مدارس علاجية مختلفة. فالمعالج النفسي التحليلي، كما رأينا اقترح ما اقترح، والآخر وجد مرضه في جهاز معتقده وتأويلاته الخاطئة، علماً أنه تعالج لعدة سنين معالجة نفسية تحليلية بلا طائل.

بعد أن انتهى علاجه على يد العلامة لازاروس، عرض هذا الأخير نتائج العلاج في حلقة ضمت عدة اختصاصيين. فادعى المحلل النفسي أن التحسن الذي حصل

عليه هو سطحي وتنبأ بإصابة المريض بالاكتئاب خلال ٣-٥ سنوات نظراً لأن مشكلة المريض تكمن في عجزه عن إقامة ارتباطات ناضجة مع أمه والمحيط (علاقات بيشخصية غير ناضجة). إلا أن المعالج لازاروس وجد في هذا التقييم ما يدعو إلى اعتباره قصير البصر ذلك لأن المريض أصلاً تعالج بالعلاج النفسي التحليلي لمدة ست سنوات بدون أن يحصل على تحسن ملموس.

إن السؤال المطروح هنا هو كيف نحكم على هذا العلاج المتعدد الأساليب بكونه العلاج الفعال الذي إليه يعزى تحسن المريض وحصوله على تلك النتائج التي شهدناها؟

الواقع أن المريض الذي احتاج إلى علاج تحليلي ديناميكي وإلى علاج سلوكي ودوائي، وعلاج بالصدمات الكهربائية، وعلاج تأملي، ووجودي، هذه المعالجات جعلته يستجيب لأي نوع من العلاج ومن ضمنه العلاج الأخير الذي نحن بصدده. ثم هل كان يستجيب للعلاج لو أنه لم يتلق أي علاج سابق؟ بل هل لو خضع لعلاج مدته سنتين لأمكن السيطرة على معظم حالات القلق التي عاناها، ونقصد العلاج المتعدد الأوجه أو الأساليب منذ البداية؟

الحقيقة أنه يتعذر الإجابة على هذه التساؤلات. إلا أنه من الزاوية العلمية البحتة لا نستطيع أن نقدم برهاناً قاطعاً أن العلاج المتعدد الأوجه كان هو القدح المعلى وسبب ما كسبه المريض من أرباح علاجية خلال هذه الرحلة العلاجية الطويلة.

ولو تم سرد قصة علاجية قصة بعد قصة حتى يمتلئ الكتاب بقصص المرضى الذين خانهم حظ الاستفادة من معالجات أخرى ولكنهم حصلوا على التحسن والشفاء بواسطة العلاج المتعدد الأساليب لاتهم القارئ العلاج الذي نحن بصدده بأن نتائجه وتأثيراته هي تصادفية.

ومع ذلك إن السؤال الأفضل الذي فيه أكثر قدرة على الإجابة الموضوعية هو: هل علاج المريض السابق هيأه للعلاج المتعدد الأساليب؟

الجواب إن العكس هو الصحيح. فقد اكتسب المريض من علاجه السابق سلوكيات متعلمة احتاجت إلى إطفائها وإزالتها، كما واحتاج إلى تصحيح

الانطباعات التي اكتسبها من المعالجين الأسبقين. وبرهاننا على ذلك أن المعالج عالج حالات مماثلة لم يسبق أن تلقت معالجات سابقة فقد استجابت إلى الطرق العلاجية المتعددة بسرعة أكبر.

ويطالعنا الدكتور لازاروس على المستوى الإحصائي فيقول لنا: إنه خلال ٧-٨ سنوات راجعه أكثر من ٧٥٪ من المرضى الذين عالجهم حصلوا على الأهداف العلاجية المتوخاة. وخلال متابعة دامت ثلاث سنوات لهؤلاء المرضى كانت نسبة الانتكاس لا تتعدى ٥٪ من تلك الحالات.

وفي الوقت الذي لا يمكن الادعاء أن العلاج المتعدد الأوجه (أو الأساليب) له تأثيرات خاصة وملائمة للأفراد الذين يتسمون بسلوكيات نكوصية طفلية واضحة، ولا على أولئك المدمنين الناكسين، وأيضاً على الشخصيات السيكوباتية (المعتلين اجتماعياً)، ولا أيضاً على الأفراد الذين يفتقدون الدوافع نحو العلاج أو من ذوي المقاومة للعلاج العالية، إلا أنه بالتأكيد فإن بعض هذه الحالات الحرونة المعنّدة قد استفادت من هذا العلاج. إن ما يخطر على بال القارئ هنا هو كيف إذن بمقدورنا الوصول إلى تلك الحالات المعندة المعتلة اعتلالاً نفسياً كبيراً والتي نجدها في الصيغة BASIC ID ؟ الجواب، من أجل ذلك فإن الكتاب الذي نحن بصدده يقدم الفن والعلم لعلاج فعال ومجدٍ.

إن الإحصائيات الخاصة بالعلاج المتعدد الأوجه والتي شملت المؤسسات العلاجية في مدينتي كينفستون، ونيوجرسي حيث فيها المدربون المقتدرون على هذا النوع من العلاج عالجوا أكثر من ٧٠٠ حالة خلال خمس سنوات اتضح من هذه الإحصائيات أن نسبة النجاح كانت بحدود ٧٠-٨٠٪ للحالات التي لم تنفع فيها المعالجات النفسية السابقة. إن هذه الإحصائيات هي التي تبرر نجاعة هذا النوع من العلاج وتفوقه على سائر المعالجات أو طرق العلاج الأخرى.

وثمة أمر مهم لا بد من استجلائه هو أن الرحلات النظرية ضمن ميادين السببية البُعدية أو المطلقة للمشكلات النفسية إضافة إلى التوضيح القاطع للنجاح

العلاجي أو فشله، هذه الرحلات تظل ضمن نطاق تأملي وغير منتج. فتاريخ العلم يكشف أن كثيراً من المسالك المضللة قد سلكها بحماس المفكرون الذين آثروا الأخذ بالافتراضات والنظريات وفضلوها على الملاحظات. فالمعرفة السيكولوجية اليوم لا تسمح بإيجاد نظرية دقيقة لوظيفة الإنسان. وحتى في الطب هل هناك مسائل برهنت على نفعها نفعاً عظيماً؟ فالأطباء يعرفون ما يفعلونه إزاء بعض الأمراض ولكن يجهلون أسبابها أو معرفة آليات بعض العلاجات الدوائية الفعالة. إن آلية التأثير لعدد لا يحصى من الأدوية هي غير معروفة رغم أن الملايين من البشر حصلوا على الفائدة العلاجية من هذه الأدوية. كذلك فإن العلاج المتعدد الأوجه يوضح ما يمكن أن تفعله أو لا تفعله، ومتى تفعله ومتى لا تفعله، وأيضاً كيف تقوم بمعاينة ثنائية لتأثير مداخلات علاجية نفذها معالج ما.

هذا وقبل الولوج في وصف أساليب التقويم الإكلينيكي تقويماً مفصلاً ودقيقاً يحسن أن نوضح الأمور في معاينة البنود العامة والأسس التي يستخدمها المعالجون المختصون بهذا النوع من العلاج في إطار أعمالهم المرتبطة بالمفاهيم.

الفصل الثاني

المفاهيم الأساسية الخاصة بممارسة العلاج المتعدد الأوجه

من المعلوم أن وجهة نظر العيادي في سبب الاضطراب تتقرر إلى حد بعيد بانتقائه للتقنيات العلاجية، وبتدريبه العلاجي وفقاً للمدرسة التي ينتمي إليها. فالعياديون الذين ينتمون إلى المدرسة التحليلية الديناميكة، ويرد أسباب المرض النفسي إلى «الصراعات اللاشعورية»، فإنهم يميلون إلى إبعاد أنظار مرضاهم عن الاستجابات وردود الأفعال الظاهرة، بينما يشدّون انتباههم إلى الاضطرابات العميقة داخل النفس الموجودة في أعماق اللاشعور.

فإذا كان التلبس الشيطاني قد حلّ بالإنسان فأمرضه حينئذ فإن ضروب التعاويذ تكون هي العلاج الأمثل.

وإن النظرة التي تقول إن الاضطرابات الانفعالية تصدر عن إشراط لا تكيفي فإن هذا يستدعي حينئذ الأخذ بالأساليب المزيلة لهذا الإشراط.

وإن الافتراض بكون التفكير الخاطئ هو مصدر الاضطرابات النفسية حينئذ، فإنه لا بد من مناهضة هذا التفكير الخاطئ وتصحيحه كقاعدة أساسية علاجية.

أما الممارسون الذين يأخذون بالأسباب العضوية في علاج الأعراض النفسية فإنه يفرّون إلى الدواء والمداخلات الكيمياوية.

إن هذا الفصل يعاين النظريات التي تشكل قِوام المداخلة المتعددة الوجوه. تُرى ما هي التراكيب، والمبادئ، والنظريات، والمفاهيم التي نحتاج إليها كيما نتعرف على تقلبات السلوك الإنساني؟ تُرى هل علينا أن نفترض وجود اللاوعي، والروح، والطاقة النفسية، والرغبات الأوديبية، ومركب النقص العضوي وآليات الدفاع، والدوافع الفطرية المختلفة أو الغرائز؟

فإذا كان المعالجون النفسيون يحترمون مبدأ الاقتصاد (أي النظرة التي ترى أنه إذا كانت هناك نظريتان متعادلتان، فالأسهل هي المفضلة). فإن المهنة بكاملها

تتسم حينئذ بجو على درجة كبيرة من الاختلاف. وحالنا اليوم أن المدارس المختلفة العلاجية تستخدم التعابير ذاتها ولكن بطرق مختلفة.

وفي رأينا لا توجد حاجة، بل يكون ذلك عملاً ادعائياً، وغير منتج ابتداع مفردات جديدة لتفسير التقدمات المفاجئة المفترضة في النظرية العلاجية النفسية أو التكتيك. فالإخصائيون النفسيون في مقدورهم إيصال أفكارهم بدرجة مقبولة من الدقة إن هم لجأوا إلى استعمال اللغة الدارجة بدلاً من لغة هجينة مقصورة على فئة معينة. إلا أنه لا مناص من الاعتراف أن بعض التعابير الفنية هي مفيدة بهدف الاتصال المقتضب والسريع، إلا أنها يجب أن يقتصر استخدامها على أدنى حد ممكن.

لنعد الآن إلى المسألة التي طرحناها. ما هي التعابير، والمفاهيم، والنظريات، والتراكيب، والنواميس التي تبدو ضرورية من أجل تطبيق العلاج المتعدد الأوجه؟ بالمعنى المتسع الشمولي نحن نتاج التفاعل القائم بين الهبة الأرثية، والبيئة المادية الفيزيائية، وتاريخ تعلمنا الاجتماعي. ونستطيع القول: إن التعلم يلعب دوراً جوهرياً في نمو وحل مشكلاتنا الانفعالية. إلا أن التساؤل هنا هو ماذا نعني «بالتعلم»؟ هل قوانين التعلم ذاتها تطبق على اكتساب الحركات، والعادات، والاستجابات، والتوقعات والقيم؟ فكيف، ومتى، وأين، ولماذا تبدو بعض السلوكيات، والاستبصارات، والتخيلات، والأنماط البيشخصية تكتسب؟. ففي الوقت الذي نجد فجوات وثغرات في النظريات عند أصحاب نظريات التعلم، وأن في بعض معتقداتهم الأساسية وما خلصوا إليه من نتائج يحوي على تضارب منطقي، فإن كل واحد يقبل الفكرة أن الترابط association يلعب دوراً جوهرياً في جميع عمليات التعلم. من أجل أن نصنع ارتباطات بين الحوادث، فهي بحاجة إلى حدوث متلازم متزامن أو أن يكون هناك تتابع متواصل.

قد نتجاهل فيض الدراسات التي تتكلم عن الدور الدقيق للتجاور، والتعزيز والكمونات وما إلى ذلك، ونلاحظ فقط أن المنبهين اللذين يحدثان حدوثاً متكرراً في زمن متقارب يصبحان مقترنين. فنرى الترابط عندما تُثار الاستجابات بفعل مثير

واحد فتبدو قابلة للتنبؤ والثبات بصورة مماثلة إلى تلك الاستجابات التي تثار بفعل مثيرات أو منبهات أخرى (سمى بكتريف Bekhterev هذه العملية بمنعكس الترابط، ومن ثم استبدل هذا المصطلح، بالمنعكس الإشراطي، وأيضاً استبدل هذا التعبير فيما بعد بالاستجابة الإشراطية).

وفي هذا السياق يمكننا القول: إن الإشراط الإجرائي والكلاسيكي هما مفهومان مركزيان.

ومرة ثانية، عندما نستخدم هذه المفاهيم فلا نحتاج في واقع الأمر إلى أن نصبح متورطين في جدالات تحيط بهذه المفاهيم. ذلك أنه توجد بيّنة مقنعة أنه في الكائنات البشرية، على سبيل المثال، لا تحدث معظم الإشراطات حدوثاً آلياً أوتوماتيكياً ولكن يتكون للبنية المعرفية دور وسيطي في حدوثها (باندورا ١٩٧٤، ماهونى ١٩٧٤)، أي هناك أحاديث مع الذات وتخيلات وأفكاراً سلبية ولدت هذه الإشراطات ولنقل مثل إشراطات الجزع أو المخاوف المحددة (الرهاب)[1].

ومع ذلك فإن قال لنا أحد أنه لا يحب إطلاقاً شرب عصير البرتقال ذلك لأن والدته عندما كان صغيراً تمزج الدواء بعصير البرتقال كيما تخفي مرارة طعم الدواء؛ فإننا نفسر سبب كراهيته لعصير البرتقال هو حدوث إشراط منفر ارتبط فيه مرارة مذاق الدواء مع طعم عصير البرتقال، وهنا نكون أمام «إشراط كلاسيكي». وعندما يشتكي الطفل من صداع متكرر لا يجد الطبيب في هذا الصداع علة عضوية، فإن سبب الصداع يعزى إلى أمه التي اعتادت أن تفرط في إظهار الحنو نحوه، وتحتضنه بإفراط عندما يكون متوعكاً، وهنا نكون أمام حالة «إشراط إجرائي».

ففي العلاج يسعى المعالج إلى إزالة «المشكلات الإشراطية الكلاسيكية» من خلال خلق استجابات اقترانية جديدة متعمدة (الاستجابة الجديدة المعاكسة للاستجابة اللاتكيفية) (كما هو الحال في تقنيات إزالة التحسس المنهجي التي تساعد المريض على إدخال تخيلات تعاملية ومشاعر الأمن والسكينة لتحل محل

---

(١) محمد حجار - (١٩٨٩) العلاج المتعدد الأوجه لاضطراب القلق الجزعي: المجلة العالمية للمعالجين النفسيين إصدار البورد الأمريكي للطب النفسي السلوكي العدد الثالث.

استجابة القلق) . وإن الصعوبات المرسخة بفعل الإشراط الإجرائي تستدعي إعادة تنظيم السلوكيات الناتجة عن هذا الإشراط .

من ناحية أخرى ، نجد أن المفاهيم المتعاضدة التي ترتبط بالإشراط الإجرائي والكلاسيكي مثل «تعميم المنبه» STIMULUS GENERALIZATION «والإطفاء» EXTINCTION «والشفاء التلقائي» «والتعزيز الإيجابي» «والتعزيز السلبي» ومنبهات العقاب أو التنفير ، وسيطرة المنبه . والتعزيز المتقطع ، والتعزيز الذاتي ، وبرامج التعزيز المختلفة جميعها التي يمكن استحداثها لتفسير الخبرات الإنسانية ومصادفاته الكبيرة . فإذا اعتمدنا فقط على الظواهر المتعلقة بالإشراط الكلاسيكي أو الإجرائي لتفسير الأفكار البشرية ، والمشاعر والسلوكيات فإلى أي حد نكون قد وصلنا ؟ لا شك أننا نكون قد انطلقنا بعيداً وليس كل البعد المطلوب . وكما يؤكد باندورا (١٩٦٩) ، إن نحن اقتصرنا فقط على الإشراط في كل استجاباتنا المتعلمة حينئذ فإن الأخطاء المرتبكة خلال مرحلة اكتساب المهارات المختلفة تكون على جانب كبير من الخطورة أحياناً . فقد يكون الأمر مميتاً إن اعتمدنا على التجربة والخطأ، أو طرق الاقتراب المتتابعة عندما نتعلم السباحة أو نقود السيارة . ففي السيطرة على هذه الأفعال والكثير من الاحتياجات الاجتماعية والمهنية المعقدة يتوقف النجاح غالباً على التقليد ، والتعلم القائم على الملاحظة ، والتعرف على الفعل والذي يلخصه باندورا بالمصطلح «عمليات تقليد فعل نموذجي» Modelling . فبقاء الإنسان يتسهل إلى حد كبير بقدراته على اكتساب عادات واستجابات جديدة من خلال مراقبة إنسان ينجز نشاطاً، وثم نحاكي ونقلد أفعاله وإنجازاته . وقد نتعلم ما يجب أن نفعله أو لا نفعله من خلال ملاحظة النتائج السلبية التي تصيب الآخرين ، وحتى إن بعضنا يتجنب المثيرات الخطرة من خلال منبهات رمزية (نجد على علبة الدخان توصية للمدخن تحذره من مخاطر التدخين - الدخان هو خطر ويؤذي صحتك) .

المعارف (المدركات) ومستويات الوعي

إن السؤال المطروح هنا هو : هل نحن بحاجة إلى إضافة أساليب أخرى إلى الإشراط الكلاسيكي (المستجيب) ، والإشراط الإجرائي (الأداتي) ، وعمليات محاكاة نموذج ؟

إن العياديين الذين يفرضون حدوداً على أداتهم بالاقتصار على التقنيات الثلاثة السالفة الذكر سيدركون آجلاً أم عاجلاً عندما يتعاملون مع المرضى أنهم قادرون على تجاوز أفضل الخطط العلاجية القائمة على التماس مع المنبه المثير للقلق ، والتعزيز ، ومحاكاة مثال أو أداء وذلك بالاستعانة بتفكيرهم . وعلى هذا فإن الأحداث الخاصة ، (الأفكار ، والمشاعر ، والتخيلات ، والإحساسات) لا بد من إضافتها إلى ساحة المفاهيم الأساسية .

إن بعض الأشخاص لا يستجيبون إلى البيئة الحقيقية ولكن إلى بيئتهم المُدركة (بيك ١٩٧٦ ، أليس ١٩٦٢ ، ميشيل ١٩٧٣) . فالميدان المعرفي يطرح استخدام اللغة ، والاستعارات ودلالات الألفاظ ، وحل المشكلات والترميز ، والانتباه الانتقائي ، والتوقعات ، والأهداف ، ومعايير الأداء ، إضافة إلى التأثير النوعي للمعتقدات ، والقيم ، والمواقف إزاء سلوك واضح[١] .

ووفق مبدأ باندورا Bandura (١٩٧٨) - الحتمية التبادلية - لا يرد الأفراد رداً آلياً على المنبهات الخارجية . فأفكارهم إزاء هذه المنبهات تقرر أيا من المنبهات التي تُلاحظ وتدرك ، وكيف يتم ملاحظتها ، ومقدار قيمتها ، ومدة تذكرها .

وعندما ندخل في عالم الحوادث الخاصة ، بدون استسلام ، يصبح واضحاً أن الناس المختلفين يُظهرون درجات مختلفة ومستويات متباينة من الوعي . فالأفراد قادرون على استبدال ، وإنكار العديد من الأفكار ، والرغبات ، والمشاعر ، والنزوعات . وفضلاً عن ذلك فقد اتضح أنه خلال حالات تبدل الوعي ينفذ المرء

---

(١) تتضمن الأخطاء : التعميم ، التفكير الحدي ، التزمت بإتقان العمل ، الحتميات التصنيفية «لا أستطيع» تقابل «لن يكون» «التفكير الكارثي» «التأكيد على العدل» «الأحكام غير العقلانية» «البحث عن الجواب الصحيح» ، والتفتيش عن القبول المبالغ فيه .

إلى ذكريات ومهارات لا يحصل عليها في عملية التذكر الشعوري. ومثالنا على ذلك إفادة واتشتيل (١٩٧٧) عن قصة صديقته التي استفاقت من تأثير التخدير وهي تتكلم اللغة الهنغارية. فقد ولدت في هنغاريا وهاجرت إلى الولايات المتحدة الأمريكية عندما كانت صغيرة.

ففي حالة الوعي التام كانت لا تعرف اللغة الهنغارية، وقد وصف واتشيتل الحالة وفق ما يلي:

وعندما استعادت وعيها تماماً من التخدير تابعت الكلام بلغة إنكليزية قوية مرة أخرى، وبقيت حتى هذا الوقت، وفي الحياة اليومية، تجهل كيف يسأل أحد وقت اليوم في بودابست، والأكثر أهمية هي الملاحظة التي جاءت من جانب عدد لا يحصى من العياديين أن الذكريات لا تكون جاهزة في التذكر الشعوري ومع ذلك فهي قادرة على أن تؤثر في السلوك.

وإذا كان يُضاف إلى ذلك العمليات اللاشعورية، وردود الأفعال الدفاعية عند تجميعنا للمفاهيم الأساسية، فهل نقع في التخيل الفرويدي؟. فهل هذه المفاهيم ليست مثل «اللاشعور» و«آليات الدفاع»؟

واقعياً ليست هذه هي كذلك. فالافتراضات النفسية التحليلية «للاشعور» بحدوده الطوبغرافية، وأقسامه المنفصلة، وتعقيداته المفترضة، والوظائف النفسية الداخلية هي مرتبطة باستدلالات غير مبرهنة مفعمة ومليئة بحالة يتعذر الدفاع عنها من نظريات سمات تطور الشخصية.

ومع أن النظرية النفسية الديناميكية ترى أن «آليات الدفاع» ما هي إلا إزاحات انتباه، وموقف، وإدراك التي من شأنها مساعدة الأنا في تحييد نزوعات «ألْهي ID المفرطة، فإن استخدام مصطلح «ردود الأفعال الدفاعية» هو اعتراف مباشر وبسيط بالحقيقة التجريبية بأن الناس قادرون على تقليم وتشذيب وعيهم، وعلى تضليل ذواتهم، وعلى تبديل صورة استجاباتهم العاطفية، وعلى إضعاف التماس مع أنفسهم (ومع الآخرين) بطرق مختلفة. وهكذا فإنهم يعمدون إلى التبرير وإعطاء

الأشياء مضموناً عقلانياً عطاءً فيه طابع المبالغة . وفي الوقت الذي يسعى الناس إلى محاولة إضعاف المتنافر وعدم الانسجام، فإنهم ينكرون إسناد بعض مشاعرهم إلى الآخرين (عملية إسقاط المشاعر على الآخرين) وإلصاقهم بها بكونها تصدر عن هؤلاء الناس وليس عن ذواتهم . ثم إنهم جاهزون لنقل عداواتهم إلى الآخرين أو الحيوانات أو الأشياء (تقريع أولادهم، القطة، ضرب الباب باليد بدلاً من التعدي على الزوجة) .

ولنتساءل هنا كيف يمكن لمفهوم مثل «العمليات اللاواعية» أن تختلف عن «اللاشعور» ؟ . عندما نشير إلى (اللاشعور) فنحن نتكلم عن كيان . وحتى أولئك الغيورون المتحمسون من المحللين النفسيين لا يستطيعون الإنكار أن كياناً (مثل اللاشعور) لا يؤدي إلى أمور مادية .

فالعمليات اللاواعية كمصطلح يتضمن أُناساً يختلفون عن غيرهم بدرجات الوعي الذاتي هذا أولاً، وثانياً رغم نقص الوعي أو الفهم الواعي، فإن المنبهات غير المدركة تستطيع أن تؤثر في التفكير الواعي للفرد، وفي المشاعر، والسلوك .

وبرهاننا على ذلك الأبحاث التجريبية لكل من شفرين وديكمان (١٩٨٠)، فقد أبانا من خلال أبحاث تجريبية شملت عدداً من الميادين المختلفة أن العمليات النفسية غير الواعية هي ضرورة معرفية . وقد دَلـلا على أن كلا الخبرة الواعية والعمليات النفسية اللاواعية هي ضرورية للمعرفة الكاملة بالنسبة للكائن الإنساني كيما يعرف، ويتعلم، ويتصرف .

في اللغة العامية تعد ردود الأفعال الدفاعية «استجابات تجنب» . ترى ماذا نتجنب؟ الألم، والانزعاج، والانفعالات السلبية مثل القلق، والاكتئاب ،ومشاعر الإثم، والخجل . فإذا حاولنا أن نتجنب المعاني الزائدة بكون النظرية النفسية الديناميكية تبدو مرتبطة بمفهوم آليات الدفاع النفسية وتلتزم بالملاحظات التجريبية، فنحن بذلك ندور حول الأشْراك التي أوقعت فيها أولئك الذين قبلوا صدق أسس التحليل النفسي ونواميسه، وهكذا، فنحن لا نعتبر «آلية التصعيد

الدفاعية» كنوع من ترجمة وتبديل للنزوعات / الرغبات في متابعات تبدو مقبولة على مستوى الشعور والوعي بالنسبة (للأنا) (والأنا الأعلى) (ريد ١٩٨٠). بل نقبل على الأرجح السمو أو التصعيد للدافع على أساس عملية «تشتيت distraction»، وتكثيف جهد في منحى واحد بدلاً من اتجاه آخر. فعندما يسأل شاب عن كيفية التدبر بحاجاته الجنسية وذلك خلال المراحل النهائية من أشهر حمل زوجته فإنه يُنصح باللجوء إلى الاستمناء، أو تشتيت هذه الحاجات، وفي هذا السياق فإن (التصعيد) يشير إلى أن الفرد إذا ما نَفَر إلى التريض، والهرولة وانخرط في العديد من النشاطات الممتصة، فإن دوافعه الجنسية تبدو أقل إلحاحاً.

إن المعالج الذي يأخذ بالعلاج المتعدد الأساليب والأوجه قد يأخذ بالملاحظات التالية حيال مريضه الذي يجنح إلى استبدال الكثير من سمات والدته بزوجته، ومن ثم يتصرف معها مثل الولد النكد الفظ.

إن كثيراً من مشاكله تدور حول صورة تخيلاته حيال حماية الطفولة وما يقابلها من مسؤولية الكهولة. وبتعبير آخر فهو في حالة صراع بين هجر سلوكه الطفلي المتمحور حول التركز على الذات وشد الاهتمام والانتباه نحوه، ونماذج إطلاق العنان للسلوك.

إن اطلاعنا على ما ذكرناه، ودراستنا له يجد المحلل التعاملي فيه ما يجعله يدعي أننا نشير إلى حالات الأنا المختلفة، إضافة إلى تعاملات، ومقولات تعكس حالة «أنا» الطفل (برن ١٩٦١) التي تستجدي الأم فتقدم له الغذاء. أما المحلل الفرويدي فيشير إلى حالة صراع نفسي أثار موقف المريض تجاه زوجته. فعلى المستوى الوصفي المحض فإن كلا المحللين هما على صواب وحق، ففي كثير من تعاملات المريض مع زوجته يلعب المريض أدواراً طفلية، ويبدو أنه يتبع مسلك خطة تتضمن مطلب حنو الأم، والغذاء من الزوجة. وأن جوهر صراعه المستمر (وعناصره الكثيرة تبقى خارج عالم وعيه) يبقى مرتبطاً بتحريض نزوعات استجابة الولد المتضاربة مع الرجل. وهكذا، نجد كثيراً ما يُقال: إن الفروق الرئيسية بين

المدارس المختلفة للفكر السيكولوجي تكمن في مسألة دلالات الألفاظ Semantics ومعانيها. وبالطبع إن هذا التصور هو خاطئ ومضلل. إذا ما عاينا بعمق النظريات، والافتراضات التي تعكس التفسيرات التعاملية، والنفسية التحليلية، والأدلرية (نسبة إلى العلامة آدلر) للشخصية ولوظيفة الإنسان لوجدنا فيها أفكاراً متناقضة، ونقاط اختلاف وتباعد. فالمحللون التعامليون، عكس المحللين النفسيين، لا يأخذون بنظرية العمليات اللاشعورية العميقة. أما المفهوم الآدلري عن خطة الحياة أو نموذج الحياة فلا يماثل نظرة المعالج التعاملي لنص مكتوب Script. فأصحاب مدرسة آدلر ينظرون إلى خط الحياة بأنها لا شعورية بجزء كبير منها، وكتب لنا آدلر بهذا الصدد (١٩٦٣) ما مفاده أن خطة الحياة life- plan تبقى في اللاشعور، وبذلك فإن المريض يعتقد أن المصير الذي لا سبيل إلى تغييره وليس الخطة الحياتية المعدة إعداداً مطولاً التي فيها يكون لوحده مسؤولاً عنها، هذا المصير هو الذي يهيمن على حياته.

أما العلامة برن (١٩٧٢) فيؤكد على:

(١) - أن خطة الحياة هي لا شعورية.

(٢) - وأن الفرد ليس مسؤولاً تبعاً لذلك عنها.

وواقع الأمر أن التحليل القائم على خطوة بخطوة للسلوك الذي فيه يمكن للفرد أن يحصل على خطة حياة هو مختلف وفقاً لمفاهيم آدلر والأيديولوجيات التعاملية. فأولئك الذي يعتقدون أن التناقضات الرئيسية بين المدارس المختلفة للفكر السيكولوجي هي اختلافات في المصطلحات لا نشك أنهم أخفقوا في تقدير بعض الفروق الهامة الرئيسية، وإنه لمن السهولة بمكان أن نستعير من نظريات آدلر، وبرن، وفرويد، ويانغ وغيرهم ما دام المرء يفسر تفسيراً محرفاً أو خاطئاً الفروق الجوهرية في أيدلوجيات هذه النظريات. وأن النتيجة التي يخلص إليها في نهاية المطاف هي الأفكار المتنافرة المتناقضة.

هناك من يرى أهمية التقارب بين العـلاج السلوكي والعـلاج النفسـي الديناميكي والتكامل بينهمـا أمثـال Feathor و Rhoads (١٩٧٢)، ومـارمور (١٩٧١) وغـيرهم. إن مثل هذا التفكير هو خاطئ بأساسه. فلا يمكن أن يكـون هنـاك عـلاج سـلوكي نفسـي ديناميكي. ذلك أن النظرة النفسية - الديناميكيـة والسـلوكية لنمـو الإنسـان، وللمعنـى، والوظيفة تبقى متباينة جداً في الأسس بين هاتين المدرستين (ميسر ١٩٨٠).

ومع ذلك يبقى الموقف رجعياً وغير ديموقراطي مقاومـة التكـامل العلاجـي. يبقى حقاً إن ننصح المعالجين النفسيين الفرويديـين أن يخصـوا بالاهتمـام التعلـم السلوكي، ونشجع المعالج السلوكي ألا يضرب بعرض الحائط ويتجـاهل السـلوك الذي تصيغه العمليات النفسية اللاشعورية والصراعات مثل التعلم (مـارمور، وودز ١٩٨٠). ولعل الالتبـاس يصـدر عـن افـتراض خـاطئ والقـائل: إن التمـاثلات في الأشكال لا بد وأن تعكس التماثلات في الجنس والتكوين. فالماء والفودكا يبدوان متماثلين إلى أن تذوق طعمهما. فهناك الكثير من التماثلات السطحية بين التحليـل النفسي والعلاج السـلوكي، إلا أن المعاينـة الدقيقـة تـبرز الفـروق البرغماتيـة بـين الاثنـين (ميسـر ١٩٨٠). وأفضـل تشـبيه لهـذا التغـاير هـو الفـرق بـين النازيـة والديموقراطية عندما يميل البعض إلى اعتبار السلوكية السيكوديناميكية هـو عـلاج متعدد الأوجه. ففي الوقت الذي نستخدم التقنيات الفعالة من مصادر متوافرة كثيرة فإن المختص بالعلاج المتعدد الأوجه لا ينتسب إلى أي من المدارس التي أخذ منها هذه التقنيات.

ولتوضيح ذلك نشير هنا إلى المريض الذي يعاني صراعـاً نفسـياً فيمـا يخـص بهجره لمواقفه وسلوكياته الطفلية. فعندمـا نسـتخدم التعبـير «الصـراع» فنحـن هنـا نكون في جوقة المحلل النفسي ذلك لأن التحليل النفسي بجـذوره هـو علـم نفـس الصراع (أرلو ١٩٧٩). وهذا التماثل في الظـاهر والشـكل يمتـد ليشـمل التحليـل النفسي والعلاج المتعدد الأوجه حيث إن الأسلوبين يعتبران أن حل الصراع النفسي هو ضروري بالنسبة لعلاج ناجح.

وأن كلا الأسلوبين يتفقان على وجود تعارض بين نزوعات الشعور واللاشعور (اللاواعية) . وبعد ذلك فإن المصاحبة بينهما تفترق فالنظرية التحليلية النفسية تعتبر النزوعات اللاشعورية تنبثق عن أنظمة ديناميكية نفسية مقررة سابقاً وعن قوى موجودة في عمق النفس وأغوارها وتتفاعل بطريقة نوعية مع وظائف «أَلْهي أو الإيد» ID (اللاشعور) و«الأنا» و«الأنا الأعلى» وغيرها من التقسيمات الطوبوغرافية للنفس البشرية. وهكذا، فإن النظرية النفسية التحليلية تفترض أن صراعات المريض القائمة لها جذورها في الطفولة الباكرة، وأن احتمال الصراع الأوديبي غير المنحل يكون أساس تفاعلاته الجنسية والزوجية القائمة . وعندما نشير إلى العمليات «اللاوعية» فنقصد هنا أن البشر لا يدركون بالضرورة بعض الارتباطات والصلات بين الحوادث الحالية والماضية . وأن هذه الارتباطات تستطيع التأثير بسلوكياتهم المستمرة، والمدركات، والمشاعر . وهنا لا توجد آليات نفسية إضافية أو قوى دينامية . فنحن لسنا محللين نفسيين .

هل هناك حاجة إلى إضافة مصطلحات إلى قاموس مفاهيمنا الأساسية ؟ بهدف التلخيص لدينا **الإشراط الكلاسيكي والإجرائي، عمليات المحاكاة والحوادث الخاصة، والعمليات اللاواعية وردود الأفعال الدفاعية** (آليات الدفاع النفسية) ، **إن هذه التراكيب السيكولوجية تفسر معظم سلوكياتنا، واستجاباتنا العاطفية، وردود أفعالنا الحسية، وتخيلاتنا الذهنية، وعملياتنا المعرفية** . وما إن ندخل في الشكل البيشخصي Interpersonal Modality ونعاين التفاعلات الأكثر تعقيداً المختلفة بين زوجين، حتى نرى الاتصال يتمزق وينهار ما لم نُضِف مفاهيم توضيحية أخرى .

وفي هذا الخصوص نجد أن المعالجين في الميدان الأسري زودونا بالصلة الهامة الضرورية .

الأنظمة الأُسرية

يرى المعالجون الأسريون أن «الأعراض» أو «المشكلات» يجب ألاّ يُنظر إليها على أساس سمات فردية بل كوسائل هدفها الحفاظ على تكامل نظام الأسرة، فالعلاج الفردي أو حتى علاج الزوجين يفقدان كل شيء بفعل التركيز على الفرد أو فردين وذلك حسب رأي بعض المعالجين الأسريين.

من المنظور العلاجي المتعدد الأساليب تكون الخطيئة كبيرة في إغفال الانتباه كلياً عن الأفراد المضطربين في الأنظمة الأسرية المضطربة الوظيفة. وحيث إن الأفراد يشكلون الجزء المتكامل من نظام الأسرة، فإن الوحدة الأسرية الأكبر يجب أن تكون محط العناية العلاجية نظراً لأن الأسرة هي جزء من صلة التجاور مع الجماعة، وهذه الأخيرة هي جزء من المجتمع. إن هذا ما يجعلنا نخص انتباهنا إلى ما نسميه بنظام التبيؤ ecosystem.

إن المعالجين الذي يأخذون بالعلاج المتعدد الأساليب يحافظون على مكاسب دائمة وطويلة المدة وسريعة عندما ينقل المعالج انتباهه من الفرد وأعضائه إلى الفرد في مؤسسته الاجتماعية.

وليست المسألة أن تعالج الفرد أو الأسرة ولكن متى تركز على الفرد أو الاثنين. ورغم أن هالي HALEY (١٩٧٦) يرى أن إجراء مقابلة مع فرد هي طريق باتجاه واحد للتأثير في الأسرة، فإنه يؤكد ويلح على أن يكون كامل أعضاء الأسرة حاضرين. أما العلاج المتعدد الأساليب فيفضل البدء «بالزبون الذي يطرح نفسه» وبشكاويه التي يعرضها، ومن ثم عليه أن يقرر فيما إذا كان الفرد الخاضع للعلاج هو الشخص الأكثر حاجة للعلاج، وفيما إذا كانت الشكاوي المطروحة المعروضة هي المشكلات «الحقيقية». ويرى فاي FAY (١٩٨٠) أن الفرد الذي يصل إلى عيادة المعالج بالضرورة أن يكون «المريض». «المريض هو الفرد الذي يرغب التبديل، والذي يفتش عن العون المهني العلاجي».

هذا وحينما يهتم أعضاء الأسرة بالفرد، منهم المرضى ذلك لأنهم في حالة كرب حيال حالة هذا العضو، أو أنهم قلقون حيال سعادتها، وحسب خبرات أرنولد لازاروس فإن الإلحاح على وجود كل فرد من أفراد الأسرة في بادئ الأمر من شأنه أن يفزع ويخيف «غير المرضى» الذين يرغبون أن يقيموا تحالفاً بناءً مع المعالج قبل الانخراط في نظام الأسرة المُشكل Problematic .

obeikandl.com

الفصل الثالث

المقابلة السيكولوجية الأولية

يتصرف المعالجون النفسيون الذين يأخذون بالعلاج المتعدد الأساليب في المقابلة السيكولوجية الأولى تصرفاً يماثل معظم تصرف الممارسين الذين يرومون إلى خلق صلة وفاق وتآلف مع المريض، وإلى تقويم وتثمين الشكاوي المعروضة عليهم من قبل المرضى، وإلى إقرار أفضل نوع من العلاج لحالاتهم. ومع ذلك فإن العياديين هؤلاء هم قادرون على أن يأخذوا بعض النقاط الهامة في الانطلاق.

في هذا الفصل فإن أوجه التشابه والفروق بين المنهج المتعدد الأساليب والطرق الأخرى لا بد من ذكرها وإبرازها.

عندما يكون معالج على أُهبة إجراء مقابلة إكلينيكية مع زبون (مريض) لأول مرة تتبادر إلى ذهنه عدة أسئلة. ما نوع هذا المريض؟ ما هي المشكلات التي سيطرحها؟ ما هي المعلومات التي سيكتمها وسيمسك عن البوح بها؟ ما هي توقعات المريض إزاء العلاج الذي سيتلقاه؟ ما هو مقدار التصلب، والدفاع، والمقاومة أو العداوة التي سيظهرها المتعالج؟ هل هو من النوع أن تنشئ معه علاقة علاجية بناءة؟

في نهاية المقابلة، هناك ما يجعل المرء يعتقد ويتوقع أن أي عيادي كفؤ قادر على الإجابة على معظم الأسئلة التالية:

١-هل هناك أية علامات تدل على وجود مرض عقلي (أي أفكار غريبة، أوهام، تنافر في العاطفة، سلوكيات غير ملائمة وغريبة؟).

٢-ماذا كانت عليه الشكاوي المعروضة والحوادث الرئيسية التي فجرتها؟

٣-هل هناك ما يبرهن على وجود تجريم الذات، والاكتئاب، أو ميول انتحارية أو إلى القتل؟

٤-كيف يبدو المريض بالنسبة إلى السمات البدنية، وأسلوب الكلام والموقف

(أي هل هو أنيس، عدائي، عبوس، ميّال للإذعان) ؟ هل هناك نشاط حركي مضطرب (عرات عصبية، وضعية متصلبة، تكلف في الكلام، عصبي) ؟

٥-ما هي العوامل السابقة الأكثر أهمية في قصة حياته ؟

٦-من أو ما هو الشيء الذي يبدو أنه يخلد (أو يبقي) سلوكيات المريض اللاتكيفية ؟

٧-ماذا يرغبه المريض في أن يحصل عليه من العلاج ؟

٨-هل هناك أية استطبابات أو مضاد استطبابات في تبني أنماط علاجية خاصة ؟

٩-هل يمكن تنفيذ علاقة تبادلية مُرضية أو يجب أن يتم تحويل المريض إلى جهة أخرى ؟

١٠-ما هي مواطن القوة والسمات الإيجابية في الزبون (المريض) ؟

١١-لماذا يروم المريض التماس العلاج في هذا الوقت. ولماذا لم يطلب العلاج في الأسبوع الماضي، أو الشهر الماضي أو السنة الماضية ؟

١٢-هل انطلق المريض من أرضيات مشروعة في الأمل ؟

في إمكانية إجابة الإكلينيكيين على هذه الأسئلة بعد المقابلة الأولية نحن لا نفكر بأولئك الأفراد الذين يبدون ناكصين نكوصاً قوياً، لا يتكلمون، أو مشوشين ويحتاجون إلى التهدئة بالأدوية، وإلى التعليم، والتطمين القوي أو أولئك الذين يتوقون إلى الفرصة ليخبروا الوجود الهادئ لكائن إنساني آخر، فالمضامين الخاصة بالمقابلة تضمنت - حسبما ذكرنا — ١٢ نقطة واضحة. فالمقابلة السيكولوجية لا تسبر فقط الاتجاهات العامة، والمشاكل، والاتصالات الوظيفية ولكن تقدم أيضاً إطار العمل لتقويم التركيب الأوسع وإيقاع التفاعلات الواجب اتباعها.

إن البنود الأربعة الأولى هي الأكثر موضوعية، فتتضمن الشكاوي المطروحة، وجود أو انتفاء الأعراض الذُهانية، النزوعات المدمرة للذات أو العدوانية، والسلوك التكلفي المصطنع. وهذه البنود الأربعة تتطلب مهارات الإدراك والملاحظة. أما

البند الخامس فيتضمن ما يحتاجه المعالج إلى قضايا الاستمرارية، والسياق، والأرضية. وهنا فإن معرفة الحالة ما قبل المرض تبدو مهمة وجوهرية. ومن الأهمية بمكان أيضاً تحديد الحوادث المسرعة لظهور المرض أو الاضطراب ووزنها على التأثيرات الجارية. إن هذا ما يقود إلى البند التالي (السادس). فمن خلال التأكيد على الطرق الدقيقة التي بواسطتها يرد الأفراد الآخرون على صعوبات المريض التي تواجهه فإن الفرد يستطيع أن يدرك إلى أي حد تبدو العوامل البيشخصية أو الأنظمة (مثل الأسرة) ذات تأثير على المريض (هذه النقطة سنعرج عليها من جديد في الفصول ٤، ٥ والثامن). أما البند السابع (معرفة أو تحديد ما يرغبه الفرد المريض من العلاج) فيشير إلى المريض بإخفائه لدوافعه الخفية يجعل من المعالج غير المتمرس القليل الخبرة بعيداً عن مشكلته.

وفي البند الثامن نرى أنه من الأهمية بمكان تقييم مطالب المريض فيما يخص نوعية تفاعله الشخصي. فالمعالج الكثير الكلام، النشط الذي يعطي توجيهات ونصائح، لا يكون مقبولاً من قبل المريض الذي يرغب من المعالج أن يكون مستمعاً جيداً. ومن ناحية أخرى نجد بعض المرضى يجهدون في تنفيذ واجباتهم التدريبية المعطاة من قبل المعالج، في حين آخرون يشعرون مغلوبين فيحتاجون إلى بعض الوقت وسرعة أقل في العملية التفاعلية مع المعالج. وهنا يتعين على المعالج أن يطرح السؤال التالي على نفسه: «هل أستطيع أن **أصف لهذا** المتعالج ما يحتاجه؟». وإذا جاء جوابك لا، حينئذ من العدل أن تحيل المريض إلى مختص آخر.

أما البند العاشر (التعرف على سمات القوة والإيجابيات عند المتعالج) فيطرح لنا أساساً هاماً بموجبه نستطيع أن نبني مهارات تكيفية إضافية. فالمعرفة بالأمور التي يبتغيها المرضى ويسعون إليها من شأنه تمكين المعالج مساعدتهم على وضع أهداف واقعية، وبالتالي تسهيل انتقاء التقنيات المناسبة. وللتوضيح نضرب المثال التالي:

الفرد الذي يبدي خوفاً ووجلاً مفرطاً يحتاج إلى معالجته أولاً بتقنية إزالة التحسس المنهجي من خوفه قبل أن نأخذه برحلات تأكيد ذات ميدانية.

في البند الحادي عشر (لماذا التمس المريض العلاج في هذا الوقت بالذات) نجد أنه يمس الأحداث السابقة والآنية المعجلة لظهور الاضطراب. بينما في البند الثاني عشر (إثارة الأمل) يُعد من قبل البعض محرق ولب التبدل العلاجي (فرانك - ستون ١٩٧٨). فالعلامة فرانك وجماعته يرون أن الأفراد لا يفتشون عن العلاج النفسي أولياً من أجل تخفيف ما يعانونه من أعراض نوعية بقدر ما يبحثون عن العون، نظراً لأنهم في عمق مستنقع الكرب والمعنويات المنحطة. فالرجل بدون أمل هو إنسان بلا مستقبل. ولكن الأمل الزائف من شأنه تشديد الألم والكرب في نهاية المطاف. أن يكون الفرد قادراً على استلهام الأمل المشروع والواقعي من شأنه أن يمتلك الجانب الجوهري من العلاج الفعال. ولكن كيف بإمكانه امتلاك الأمل؟

أ - استلهام الأمل

غالباً ما يقال: إن الأفراد يستشيرون المعالج النفسي عندما تفشل قدراتهم التعامل مع مشكلاتهم، أو تبرهن آليات التعامل على عدم فعاليتها. فقد يحيط بهم القلق، أو الاكتئاب أو يستبد بهم السلوك الجبري أو يعتريهم الاضطراب لأسباب يصعب حصرها. إلا أن السؤال هنا هو: «ماذا آمل من هذا العلاج؟» هو دوماً مطروح إما بوضوح أو بصورة مبطنة. وهو يحتاج إلى جواب إما مباشرة أو بصورة غير مباشرة، وذلك خلال المقابلة الأولية.

وعموماً تدل الخبرات الإكلينيكية أن الإجابات الواضحة، الجيدة التوجه نحو الهدف تبدو الأكثر فعالية، وتفعل فعلها المجدي.

ولعل الحوار المثالي التالي بين المعالج والمتعالج يوضح المراد والقصد.

المتعالج: عندما أفكر في مشكلتي أرى الفراغ والضياع، ونوعاً من الظلام في نفق بلا ضياء في نهايته.

المعالج: عندما تفكر في أي شيء تجد الأمور تتراكم فوق بعضها البعض. إنه نوع من القهر والاجتياح.

المتعالج: (ولهجته توحي باليأس) أجل. هناك الكثير. لا أدري من أين أبدأ... إن الأمور بحجم الجبال..

المعالج: ما رأيك إذا أخذنا مشكلة واحدة نوعية؟ لنقل مثلاً العمل الجديد.

المتعالج: أواه إلهي (واضعاً يديه على رقبته ومنحنياً إلى الأمام) العمل!

المعالج: إن هذا يخيفك على ما يبدو.

المتعالج: (يومِئ برأسه دلالة على تأكيد ذلك).

المعالج: ما هو الجانب الأكثر إخافة في عملك؟

المتعالج: (يشد كتفيه إلى الأعلى ويرنح رأسه من جانب إلى آخر).

المعالج: اتخذ خطوة واحدة، ماذا تفعل في عملك الجديد.

المتعالج: لا أعرف فيما إذا كنت أستطيع التعامل معه.

المعالج: ألم تقل: إنك ستقوم ببيع الخرداوات؟

المتعالج: نعم ومفروشات حدائق.

المعالج: هذا حسن. تخيل أنك في العمل. زبون قال لك: (أرغب «مطرقة وكرسياً يُطوى» فهل تستطيع أن تريه المطارق وتتركه يختار ما يرغب منها؟ والكرسي؟ هل تستطيع أن تتخيل نفسك تقوم بهذا العمل؟

المتعالج: متى أعددت ذلك بهذا الأسلوب؟

المعالج: إنه هذا الطريق والأسلوب. فمن خلال الأخذ بالخطوات الصغيرة ومن خلال تجزئة أمر مخيف مثل «العمل الجديد» إلى أعمال وأفعال نوعية فإنك تستطيع أن تتعامل معه بنجاح. وبهذه الطريقة سنتعامل مع بقية المواقف. أي خطوة فخطوة...

المتعالج: هل هذا ما يجعل الأمر سهلا.

المعالج. بعض الأمور تكون سهلة، وبعضها الآخر لن تكون ذلك. سنأخذ كل مشكلة لوحدها ونتأكد أنك نستطيع التعامل مع كل وحدة منفردة.

المتعالج: (أصبح أكثر استرخاءً) هل نستطيع التحدث بمشكلة حمل سوزان (زوجته).

المعالج: بكل تأكيد. لنتعامل مع هذه المشكلة خطوة خطوة.

بالطبع هناك طرق مختلفة كثيرة في استلهام الأمل. فالكثير ما يتم نقله يكون بصورة إشارات ومنبهات غير لفظية، وهكذا، إذا ما شعر المعالج بالسلبية حيال تطلعات المريض فإن هذا التحيز المتشائم سيكون أكثر من أمر يمكن إيصاله بصرف النظر عن الكلمات المطمئنة التي يبديها المعالج. وعلى هذا فمن الأهمية بمكان بالنسبة للمعالج أن يكون على صلة تامة مع التوقعات السلبية التي يبديها المتعالج أو الدلالات السيئة الإنذار. ومن الخطأ أن يبلغ المعالج المتعالج أن حالته ميؤوس منها. ففي أسوأ الأحوال عليه أن لا يبدي التفاؤل أن بمقدوره إحداث التغير المطلوب في حالة المتعالج، ولكن عليه أن يشدد على أن معالجاً آخر قد يمتلك الموهبة لينجح في عمل علاجي هو قد فشل فيه.

بعد هذا يحسن أن نتطرق إلى بعض القضايا الهامة التي غالباً ما تبرز خلال المقابلة الإكلينيكية الأولية.

٢ ـ تقنية الكلمة الواحدة

إن أفضل افتتاح للمقابلة السريرية (الإكلينيكية) حسب ما أجمع عليه رواد المعالجة النفسية هو التكلم قليلاً، ومن ثم جعل المتعالج في حالة سكينة واسترخاء. ثم إن البدء بأخذ التفاصيل الأولية عن هوية المريض مثل الاسم، وعنوان الإقامة، والحالة الاجتماعية، والمهنة، والتحصيل الدراسي، ورقم الهاتف ... الخ، فمثل هذه المعلومات تعطي الفرصة للزبون المتعالج التكيف مع محيط غرفة المعالج، وأيضاً أن يخبر التبادل اللفظي مع المعالج، ومن ثم إعداده للاستجواب المفصلة اللاحقة.

بعد ذلك يكون التقرب التالي هو الأكثر توضيحاً وبخاصة بالنسبة للمتعالجين المطنبين في الكلام أو المنسحبين قليلي الكلام.

إن أول ما يسأله المعالج هو : إذا ما سمحت لك أن تقول كلمة واحدة تصف مشكلاتك، فماذا تكون هذه الكلمة ؟

بالطبع تبرز الأهمية هنا في الكلمة التي يختارها لوصف متاعبه. فمثلاً قد يختار أحد الاضطرابات التالية أو أكثر :

القلق، الاكتئاب، مشاعر الإثم، الانعزال، الغضب، اليأس، الإحباط، التشوش، الحيرة، التوتر، الإنهاك والتعب، عدم الاستقرار، الضجر، الحزن، المرارة، الكرب ... الخ.

إن الفرد الذي يختار كلمة «التوعك» Malaise لا شك أن لديه مساراً مختلفاً إكلينيكياً عن ذلك الشخص الذي يقول أو يختار كلمة (الجزع) Panic.

الخطوة التالية هي أن نطلب من المتعالج أن يستخدم **الكلمة التي اختارها ضمن نطاق جملة**، مثلاً إن اختار كلمة عدم الاستقرار، فتكون الجملة المفترضة هي : «عندي مشاعر عدم الاستقرار في معظم الأماكن، وتسوء هذه المشاعر عندما أصيب بوعكة صحية بدنية».

أو في اختيار كلمة التشوش Confusion فتكون استخدام الكلمة في الجملة على النحو التالي : «هناك الكثير من التشوش في حياتي إزاء الرجال، والجنس، والزواج). أو في الاكتئاب : «أصاب بالاكتئاب أكثر مما هو عادي». أو في الإحباط : (أشعر بإحباط كبير في العمل، وأجد نفسي وقد خرجت عن طورها ومسها الجِنَّة من هذا العالم الذي يحيط بي). أو في الضحية : «أنا ضحية كل إنسان».

من هذا نجد أن البدء بكلمة، ومن ثم صياغة الكلمة في جملة بسيطة من شأن هذا التسلسل أن يعود إلى التوضيح والإظهار للمُعاني أو للمشكلة.

ينتقل المعالج بعد ذلك إلى الخطوة التالية الأكثر توضيحاً وتفصيلاً «أخبرني عن الإحباط الذي تعانيه وأيضاً عن الغضب».

عدا النظر إلى المحتوى اللفظي الذي يُظهره المتعالج، من الأهمية بمكان ملاحظّه العوامل الكامنة. فالفرد الذي يأخذ دقيقتين كيما يلفظ كلمة «غير مُنْجَزٍ»

يختلف عن الفرد الذي يلفظ الكلمة ضمن ثانيتين. وعندما لا نستخدم هذه التقنية، أي «تقنية الكلمة الواحدة»، فإن المعالج عادةً يسأل المتعالج التالي: «**ما الذي يزعجك؟**» أو «هل تستطيع أن تضعني في الصورة حيال شكواك»؟.

٣ ـ في عملية البحث عن سوابق الشكاوي والعوامل المخلدة لها

عندما يعرض المريض شكاويه في المقابلة الإكلينيكية فإن هذا يحتاج إلى أن تُسكَبَ في سياق مفهوم. ولعل السؤالين التاليين في هذا الخصوص هما:

أ ـ ما هي الأمور التي أدت إلى المواقف الحالية القائمة؟

ب ـ ثم ما هي الأمور التي جعلت من هذه الشكاوي (أو الشكوى) مستمرة؟

ويحسن هنا التوضيح بهذا الحوار التالي القائم بين مريضة ومعالج:

الزبونة: تنتابني هذه المشاعر لدرجة أكاد أنفجر.، فهي ضاغطة جداً.

المعالج: (وهو يفكر في أنموذجها الحسي SENSORY Modality) ترى هل في مقدورك إعطائي المزيد من التفاصيل عن هذه الإحساسات؟

الزبونة: حسناً. إنها توترات وضواغط نفسية. أشعر بالتوتر في رقبتي، وفي كتفي. وفي الأيام السيئة يضرب الألم رأسي، وحتى إنني أشعر بالألم في عضلات الفكين.

المعالج: منذ متى وأنت تعانين من هذا التوتر؟

الزبونة: لا أدري. يبدو وكأنه دائم. أعاني دوماً من توترات ما قبل مجيء الطمث. وفي ذلك الوقت من الشهر أُصاب بالعته. أشعر بتقلصات عضلية في رأسي. وأحس وكأن جلدي أيضاً مشدود على جسدي ما إن أشعر بذلك حتى تروم نفسي التهالك على الطعام. ولكن عندما يشتد التوتر يصبح حتى الطعام معدوماً في تذوقه.

المعالج: هل شعرت بذلك عندما كنت طفلة، أو انتابتك هذه المشاعر في سن الصغر في الثانوية؟ ثم هل تتذكرين أوقاتاً غابت عنك هذه الإحساسات؟

الزبونة: عندما كنت طفلة هناك من وصفني بكوني «متوترة للغاية». ولكن هذا التوتر اشتدت وطأته في السنين الأخيرة المنصرمة، راجعت الأطباء فكان الدواء هو الملاذ والوسيلة. ولقد أمدتني هذه الأدوية بالراحة، وخففت عني وطأة التوتر، ولكن ليس هذا ما أرنو إليه وأعتمد عليه في إزالة التوتر.

المعالج: (لا بد لي من أن أعرف نوع الأدوية التي وصفت لك) ما هي الأدوية التي تأخذينها؟ هل تتذكرين أسماءها وجرعاتها؟

الزبونة: أحد الأطباء وصف لي المرخيات العضلية. إلا أنني أتناول دواء (الفاليوم) عيار ٥ ملغم.

المعالج: ما هي المدة الزمنية التي تناولتِ فيها هذا الدواء؟

الزبونة: نصحني الطبيب أن أتناول يومياً ثلاث حبات فاليوم عياره ٥ ملغم يومياً قبل مجيء الطمث. ولكن كانت هذه الجرعة تبدد وعيي وتفتت يقظتي، لذا كنت أقتصر على حبتين يومياً. وعادة لا أتناول سوى حبة واحدة يومياً. وهذا ما يساعدني على النوم في أغلب الأحيان. وباعتقادي أن نوماً مسترخياً أحققه يجعلني أقل توتراً في اليوم التالي.

المعالج: قُلتِ إن التوتر ازدادت شدته في السنين الأخيرة.

الزبونة: أجل منذ سنتين تقريباً.

المعالج: ماذا حدث في تلك السنتين الأخيرتين؟ هل يخطر بذهنك الآن شيء؟

الزبونة: فكرت بذلك. أنت تستطيع ذمه. أقصد أنني بلغت الأربعين منذ سنتين. ولعلي أخاف من الكبر. منذ سنتين ابني الأصغر ذهب إلى الكلية للدراسة. ومن الجائز أنني ضحية «العش الفارغ». ولكن لا حيلة لي في ذلك، أقولها صدقاً. أنا لا أدري.

المعالج: (لعل هذه العوامل تلعب أكثر من الدور الذي تعترف به. على أنه يمكن معاينتها فيما بعد. الآن لنر تفسيراتها الأخرى). إذا كان عليك أن تأخذي ضيفاً مثقفاً فبماذا تقولين عن التوترات وما سببها؟

الزبونة : صدقني ، فكرت بذلك . ولكن لم أصل إلى شيء .

المعالج : لم تصلي إلى شيء أبداً ؟

الزبونة : كما ذكرت . أصل دوماً إلى شيء . دائماً أقول عندما يغادر الأولاد البيت عليّ أن أعود إلى الكلية . قد يكون ذلك ما يخيفني لذلك **أستخدم التوتر كعذر ومبرر**. من يدري ذلك ؟

المعالج : (أفكر أن أعاين هذا الأمر والإحاطة به كلياً . لأرى كيف تستجيب إلى تمرين التخيل) . دعيني أختبر شيئاً . هلا **أغلقت** عينيك ومن ثم تخيلي أنك قررت العودة إلى الكلية ؟ تخيلي ذاتك في الصف... ماذا ترين ؟

الزبونة : أرى نفسي وقد أنجزت درساً خصوصياً . تأبطت كتبي وسرت حتى نهاية القاعة... هناك وجدت نفراً كبيراً من الناس . بعضهم شباب وآخرون كهول . أنت ترغب أن تعرف شعوري نحوهم . الحقيقة لا أرغب أن أكون هناك .

المعالج : أين ترغبين أن تكوني ؟

الزبونة : ذلك هو السؤال . ماذا أرغب أن أكون عندما يتقدم بي العمر ؟

المعالج : وقد يكون ذلك حيث يصيبك التوتر . ومن الجائز أنك في حالة كرب وضيق لأنك فاقدة التوجه ؟

الزبونة : هل يتعين أن نضع أصبعنا على السبب الحقيقي من أجل أن نهرب منه ؟

المعالج : كلا . لنحاول تجربة الاسترخاء ، أو التغذية البيولوجية الراجعة أو التأمل (لا يبدو أننا حددنا بدقة سوابق الشكوى ، لننظر إلى أرباح محتملة أو العوامل المبقية للشكوى) . أرغب الآن أن أقوم باختبار ترابط للأفكار بسيط . سأقول لك شيئاً وما عليك سوى الإجابة على أول شيء يخطر في ذهنك .

الزبونة : بكل تأكيد سأفعل .

المعالج : أنت الآن جاهزة أليس كذلك ؟ الأمر الجيد في التوتر هو... . أجيبي بسرعة . قولي أول شيء يخطر في ذهنك . الأمر الجيد في التوتر هو...

الزبونة : يجعلهم يلاحظون .

المعالج : متى يلاحظون . . بسرعة قولي الشيء الذي يخطر في ذهنك...

الزبونة : يعلمون أنك موجود .

المعالج : حسناً ، الآن . لماذا تجعلين من هذه نهايتك ؟

الزبونة : كنت أفكر بزوجي .

المعالج : (سأذكر استدلالاً هاماً وانتظر كيف يسير الأمر) . تقصدين زوجك الذي يهتم فيك أكثر من غيره عندما تكونين متوترة ؟

الزبونة : كلا ليس الأمر بهذه البساطة . ولكن في التفكير بالتوتر يجعلني أتمحور حوله ليس فقط بحضور زوجي ولكن أيضاً بوجود صديقاتي .

المعالج : (هذا أمر مهم ، ولكن لنلتفت إلى بعض السلوكيات المهمة) . هل في مقدورك إعطائي بعض الأفكار النوعية الخاصة بماذا تفعلينه وكيف تكون ردود أفعالهم ؟

الزبونة : لم أفكر بذلك ، أنا أخمّن . وأصارحك القول أن الناس يُبدون لطفاً قليلاً ، وأقل إلحاحاً عندما أخبرهم أنني أعاني الصداع التوتري . ومن الجائز أنني أستخدم هذا الصداع .

المعالج : حسناً . لنستمر في هذا الحديث . أخبريني ما هي الأسباب التي تدفعك إلى الحاجة لالتماس العذر .

الزبونة : لا أدري . أقصد أن هذا أسهل على الأغلب للخروج من الموقف بالادعاء أنك في حالة غير جيدة من أن ترفض بدون إبداء أي سبب . ألا تعلم ماذا أقصد ؟

تعليق :

من السهل القفز إلى استنتاجات واستخلاصات تبدو غير صحيحة .

فالمريضة كانت على حق عندما أشارت إلى أن «المرء يستطيع دوماً أن يصل إلى شيء» . هل أن توترها هو وظيفة لمخاوفها من الكِبَرِ وتقدم السن ؟ وهل هذا مرتبط أن لديها الكثير من الوقت طوع يديها ؟ ثم هل تعوزها الأهداف والغايات ؟

وهل أن زوجها وصديقاتها يعززون شكاويها ؟ وهل يعوزها تأكيد ذاتها بحيث تستخدم مرضها كذريعة وحجة ووسيلة كي تقول «لا» ؟

إن التساؤلات السالفة الذكر ليست سوى مجرد توجهات تجريبية . وعندما يحصل المعالج الذي يأخذ بالعلاج المتعدد الأساليب على مقولات مبهمة وليس على حقائق دقيقة ، حينئذ يميل إلى إجراء تحليل لـ BASIC I.D . ونجد غالباً أن استعلاماً إيضاحياً لكل نموذج من المعادلة المذكورة (كما وضحنا ذلك في الفصل الأول) من شأنه الإحاطة بالصورة الإكلينيكية .

وفيما بعد ، فإن إتمام استبيان القصة الحياتية المتعددة الوجوه (انظر الملحق رقم ١) يعطي مزيداً من الإيضاح للصورة الإكلينيكية .

ونافلة القول ، إن التقويم الدقيق يتضمن فصل المشكلات غير الصحيحة عن المشكلات الحقيقية ، ويبحث عن سوابق المشكلات إضافة إلى النتائج الباقية المختلفة ، ومن ثم اختيار المداخلات العلاجية الملائمة .

بعد هذا الشرح يحسن أن نتكلم عن فصل المشكلات غير الحقيقية عن الحقيقية .

٤ ـ من المشكلات الزائفة إلى المشكلات الواقعية

خلال عملية التقويم يتوجب على المعالج أن يلاحظ بدقة **ما يقوله المريض وكيف يقوله** . فالانتباه إلى الأسلوب الذي يتكلم به الفرد غالباً ما يكون أكثر إيضاحاً وكشفاً من المحتوى اللفظي لملاحظاته .

إن هدف المعالج هو تقويم الفرد ومشكلاته . ونعود ونكرر يكون من الأفضل البدء بما يرغب المريض في ربطه . ومن المعروف أن المرضى غالباً يطرحون ما يمكن تسميته «بطاقات زيارة» بصورة مشكلات أو أعراض يجدون فيها السهولة في الكلام عنها .

وإذا بدا لهؤلاء أن المعالج جدير بثقتهم حينئذ يتحركون إلى قضايا أكثر عمقاً ومرتبطة بمشكلاتهم الحقيقية . وأن هذه العملية يمكن تسريعها من قبل المعالج وفقاً للمقابلة الإكلينيكية التالية التي نظمت مع فتاة عمرها ١٩ سنة :

المعالج: إذن أفادك طبيبك أن الصداع الذي تعانين منه هو من النوع التوتري. متى ينتابك الصداع؟ وكم مرة يمسك بك هذا الصداع المؤلم؟

الزبونة: (وهي تغطي تاج رأسها). هنا يبدأ الألم ومن ثم ينحدر إلى الأسفل باتجاه رقبتي. يمسك بي هذا الألم يومياً تقريباً.

المعالج: هل تشعرين بالغثيان وبالدوار، أو تشاهدين نقاطاً أو بقعاً أمام ناظريك؟ (وهي علائم بداية الصداع الوعائي).

الزبونة: كلا لا أشعر بذلك، إلا أنني لا أستطيع أن أقرأ عندما أعاني واحداً من هذه الآلام في الرأس كما أشعر بصعوبة في تركيز انتباهي. أتناول الأسبرين، إلا أنني أعتقد أنه لا يُنصح بالاستمرار في تناوله.

المعالج: متى شعرت أول مرة بالصداع؟

الزبونة: منذ شهرين أو ثلاثة أشهر تقريباً؟

المعالج: أي خلال الصيف الماضي. ماذا اعتراكِ في ذلك الوقت؟

الزبونة: لم يعترني شيئ مهم، حصلت على عمل في ذلك الصيف، واتصلت اتصال حب بجيمي... (نظرت إلى الأسفل وبقيت ساكتة).

المعالج: هل قطعت الصلة معه.

الزبونة: كلا.

المعالج: هل سبق ومارست الحب مع شخص آخر قبله؟

الزبونة: هل تعتقد أنني حمقاء أو امرأة من طراز قديم أو ما شابه ذلك، فأنا لا أؤمن بهذا الأسلوب من ممارسة الغرام والحب.

المعالج: أيُّ أسلوب تتبعينه هو شيء جيد بالنسبة إليَّ طالما أنتِ تشعرين أنك مرتاحة ومسرورة.

الزبونة: ألا تؤمن بوجود عمل جيد وعمل سيء؟

المعالج: بالتأكيد: القتل، السرقة، الاغتصاب، إلحاق الأذى بالناس كلها سلوكيات شريرة سيئة. وإن إيذاء البشر هو بلا شك فعل شرير بنظري. ولكن

برأيك ماذا تحكمين على العلاقات الجنسية، والمتعة والحب؟

الزبونة: لم أُرَبَّ على ذلك. لقد ربيتُ تربية مختلفة، فلا أستطيع مساعدة مشاعري التي تستاء من ذلك، وأقصد بذلك إنها ليست بالأمور التي تستطيع التكلم عنها. وقد تستطيع أنت ذلك، ولكن لا أستطيع التكلم عنها في داري، مع والدي...

المعالج: ومع أبوي جيمي؟

الزبونة: لا أدري، تلك هي المشكلة، أقصد أشعر بمشاعر سيئة أن تكون الأمور تسير سيراً معاكساً لرغبات والدتي. مثل هذا الأمر أتركه لأسرتي.

المعالج: تشعرين بالإثم لأنك مارستِ الجنس مع جيمي، وهذا الأمر يناهض ما تربيتِ عليه وتعلّمتِه من والديك.

الزبونة: قد لا تفهم الأمر.

المعالج: من هذا لا يفهم؟

الزبونة: قد يكون المتعبد المتدين الذي لا يفهم ذلك.

المعالج: ترغبين مني أن أتصرف تصرف المتعبد وأقول لك لقد ارتكبت إثماً.

الزبونة: (وهي تضحك) لا أعرف ما أرغبه (توقف طويل).

أيها المعالج: هل في إمكاني أن أطرح عليك سؤالاً سخيفاً؟

المعالج: حاولي ذلك.

الزبونة: أعتقد أنك تفكر بأنني معتوهة (تفكر) هل تعتقد أنني ما زلت قادرة على الذهاب إلى الجنة؟

المعالج: بكل تأكيد.

لم يعد يسمع المعالج بعد هذا النقاش أي شكوى من ألم الرأس من قبل هذه الفتاة الشابة. وكل ما في الأمر أنه تركز البحث معها حول ميادين اهتماماتها الرئيسية. وفي الجلسات التالية تم تناول مشاعر الإثم وحلولها والتحادث بشأن الأخلاقية الدينية. ومن ثم كان اتجاه الدفع العلاجي باتجاه التدريب على المهارات

الاجتماعية ورغبتها في إضعاف (إرخاء) ارتباطاتها الأسرية مع البقاء والحفاظ عليها في الوقت نفسه حفاظاً مُرضياً.

ونافلة القول، مع البدء بما يرغبه المتعالج في أن يتكلم عنه، من السهولة بمكان نسبياً الحصول على وصف للعديد من مشكلاته وأسبابها، وبدايتها وتطوراتها، وعلاقاتها بالشدات التي يعانيها المتعالج ضمن بيئته الحالية التي يعيش فيها.

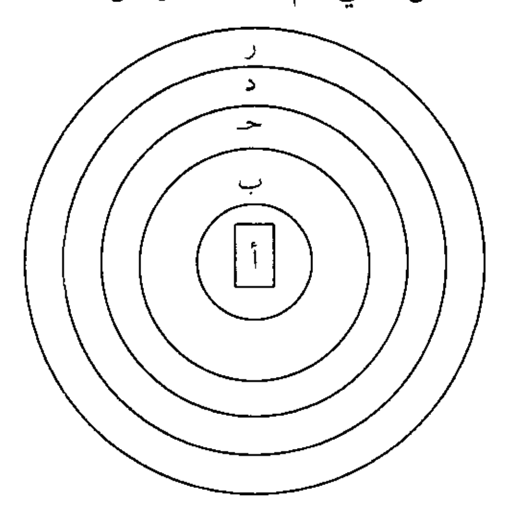
٥ ـ استراتيجية الدائرة الداخلية

إن الأسلوب البسيط وغالباً ما يكون ناجعاً وفعالاً في استثارة المعلومات الهامة الأساسية، هذا الأسلوب سبق وذكرناه (لازاروس ١٩٧١)، ومن المناسب إعادة ذكره هنا، ففي التكرار إفادة أحياناً.

كما سبق وأكدنا عليه في الصفحات السابقة هناك الكثير من المرضى يعرضون عن الإفصاح عن معلومات خاصة بحياتهم وبخصوصياتهم، بينما نجد غيرهم يشكوّن حيال نوع المعلومات التي يشاركهم بها المعالج ويؤيدهم فيها.

لذا فإن المرضى غالباً ما يحتاجون إلى أن يُقادوا ويوجهوا إلى القطاع الشخصي الذي يلوذ بهم بدلاً من التركيز على الجوانب الهامشية والموقفية من حياتهم، وعندما ينحرفون عن الموضوع الرئيسي، أو يركزون على أمور لا تأثير لها على مشكلاتهم الأساسية، أو عندما يكونون يميلون إلى جعل المعالج قريباً من متناول أيديهم الأمر الذي يعيق من أهداف العلاج، حينئذ فإن إستراتيجية الدائرة الداخلية غالباً ما تكون هي المفضلة في التعامل مع هؤلاء المرضى.

إن الشكل التالي يتم رسمه للمريض:



يفسر المعالج الشكل المذكور بالصورة التالية:

«إن هذا الرسم يمثل الطبقات المختلفة للأمور الشخصية الخاصة بك، فالدائرة الأصغر في هذا الشكل المبينة بالرمز (أ) تمثل القطاع أو الجانب الشخصي من حياتك الأكثر خصوصية. فبعض الأفراد يحتفظون بجميع المعلومات الخاصة بحياتهم في هذه المنطقة لأنفسهم فلا يبوحون بما فيها. فلا يشاركون في تفكيرهم ولا في أفعالهم. ولا بمشاعرهم أو رغباتهم أي شخص آخر سواهم. وآخرون قد يشاركون في هذه الدائرة بجزء منها غيرهم ويكونون عادة أصدقاء حميمين جداً إليهم. أما الدائرة (ب) فيخص بها الفرد الأشخاص أو الأصدقاء الخلص والموثوقين، بينما الدائرة (حـ) فهي في معلوماتها مخصصة للأشخاص أو الأصدقاء الجيدين المقبولين. أما الأشخاص المعارف بالنسبة للفرد فلا يكون نصيبهم سوى الدائرة (د) (فلا يسمح لهم أن يعرفوا شيئاً عن المعلومات الخاصة في الدوائر أ، ب، جـ). أما الدائرة (ر) فهي المعلومات السطحية، والعلاقات العامة مع الناس وتتضمن نوعاً من المعلومات الممكن جمعها ورَصفها من التفاعلات الاجتماعية الدنيا.

بعد أن يفسر المعالج هذا الشكل للزبون المتعالج، يؤكد عليه أن العلاج الجيد الفعال يبرز من المعلومات الصادرة عن الدائرتين أ، وب، وهنا يمكن أن يطرح الكلام التالي عليه:

«أشعر أنك الآن تفضي بمعلومات في الدائرة (ج) وتضعني فيها) فبهذا الكلام تسهّل استدراجه للإفصاح عن معلومات أكثر أهمية.

ومن المفيد أن تقول للمتعالج أيضاً التالي:

«ألا تعتقد أنه من الأفضل أن تقربني من الدائرة (أ) أو (ب).»

ومن المناسب أن تبين له أن بعض الأفراد يقيمون سياجاً قوياً حول الدائرة (أ) فيبدون مقاومة كبيرة في الإفصاح عن أي شيء ما هو يلتصق بهذه الدائرة (المحرمة) على غيرهم. وعليك أن تبين له نتائج هذا التبني للموقف الدفاعي المتشدد الذي لا يعود بأية فائدة للمريض.

وبالطبع فإن نتاج هذا التوضيح للمريض وتبادل الرأي يكون في إذعان بطوعية من جانب هذا الأخير أن يركب متن المخاطرة في الإفصاح عن معلومات إلى المعالج، كان يعتزم إبعاده عنها لولا هذا التوضيح من جانب المعالج.

٦ ـ ما وراء الأسئلة والأجوبة

من الأهمية بمكان معرفة موقف الزبون المتعالج عندما يتكلم / أو تتكلم / عن كل مشكلة أو حادثة. إذ يتعين على المعالج أن يكون يقظاً فطناً إزاء الحساسيات الخاصة التي يبديها المريض من بعض المواضيع وأيضاً حالات الضعف عنده Vulnerabilities. ومن الأمور التي لا نقاش فيها البحث عن السلوك العام الذي بموجبه يعبر المريض عن ذاته (ما الشيء الذي يتجاهله أو يختاره للكلام عنه). وأيضاً ملاحظة سرعة الكلام (التردد، الاختلاط والتشوش، حصار الكلام وتوقفه)، ونبرة الصوت وحدته ونفحته عند الانتقال من موضوع إلى آخر وهو يسرده. ثم أيضاً تعبيرات الوجه، والوضعيات التي يتخذها خلال المقابلة والحديث. والحركات التي يبديها (فكلها ذات دلالة وأهمية)، واحمرار الوجه واحتقانه،

تبدلات لون الوجه، التعرق، تعرق راحة الكفين، البكاء، ابتلاع اللعاب المتكرر، جفاف الفم، وحتى توسع بؤبؤ العينين. ومن الأهمية بمكان ملاحظة سرعة التنفس تتزايد أو تتناقص (أي بكلمة مختصرة ملاحظة الأعراض التوترية في تعبيراتها العضوية) في أوقات نوعية، وغيرها من الأعراض والتعبيرات التي تعكس القلق والاضطراب.

يتعين على المعالج أيضاً أن يكون واعياً للصورة التي يدركها المتعالج عنه. ولتعلم أن المظهر العام للمعالج، ونوع جنسه (ذكر أم أنثى)، وعمره، وطريقة كلامه، والوضعية التي يتخذها وما إلى ذلك من أوضاع، وتعابير كلها تؤثر في المرضى (الزبائن)، ونقصد استجاباتهم نحو العلاج والمعالج.

ونقصد بالاستجابات أي التساؤلات التي يطرحها المتعالج على نفسه، مثل ما هو المفيد والمأمون في الكشف عنه للمعالج؟

ثم إن دور المعالج الذي يلعبه يؤثر تأثيراً كبيراً في مسير المعالجة.

هل المعالج يتقمص دور السلطة، أو رجل الشرطة، أو المعلم، أو الحاكم، أو المبشر الديني، أو رجل أعمال؟. فعلى المعالج أن يدرك حق الإدراك أنه لا يُرى من قبل المرضى بالمنظار الحقيقي لما هو عليه فعلاً. فعندما يعتلي الشيب رأسك مثلاً فقد يكون ذلك الشيب (قيمة تعزيزية) بالنسبة للمرضى الذين يستجيبون «لوجه يشابه وجه الأب» أو يرغبون «بوجه الأستاذية».

وبالعكس قد يكون السن الكبير نسبياً للمعالج أقل فعالية عند الشباب أو الشابات الذين يرغبون من المعالج أن يملأ دور الأخ أو دور الند من الأنداد الذين يتناغمون مع أفكارهم وعاداتهم ومشارب سلوكهم.

ولا مراء، **أن المعالج الحق الناجح هو الذي يقر بينه وبين نفسه أنه غير معصوم عن الخطأ، ويتجنب محاولة تخيل ذاته أنه المعالج الشافي للأمراض النفسية، والشخص الذي يحقق المعجزات، الأمر الذي يجعل من العملية المهنية علاقة مع المرضى يحفها الخطر والمخاطرة**. فعليه أن يعرف حدود ذاته كإنسان

مثل غيره يرتكب الخطأ وغير كامل. وأنه يخطئ ولكن لا يخفي هذا الخطأ، بل يجهد لتصحيح الخطأ.

ومن المفيد جداً أن يدرك المريض أنه في العلاج تسنح له الفرص التي لا يجدها في علاقاته الاجتماعية. فمثلاً يستطيع الاستفادة من أن نقد المعالج سوف لن يقابل بالدفاع، ولا بردود أفعال انتقامية.

ومن الأهمية بمكان أن النقد البناء الذي يتبناه المعالج من شأنه أن يجعله منخرطاً في عملية الكشف الذاتي الانتقائي، وإظهار اهتمام خالٍ من الأحكام، ويفهم المريض، ويُظهر القبول الكامل له. فالمعالج المتمرس هو ذلك النوع من الناس اللطفاء المرنين وأصحاب النكتة.

من المناسب أن يسجل المعالج خلال الجلسات العلاجية ما يفصح المريض عنه من التفاصيل أو الأجوبة رداً على أسئلة المعالج، إلا إذا اتضح عن هذا الرصد ما يعيق من سير النقاش والحديث، فعليه أن يتوقف عن هذا الرصد. وعادة يلجأ معظم المعالجين إلى استخدام أجهزة التسجيل الصوتية لرصد سير الجلسة العلاجية. ولا يفضل أن يترك المتعالج يغرق في عرق توتراته وسكونه. إذ إن النقاش يجب أن يتركز على الميادين الأقل إيلاماً وإزعاجاً للمريض. وعادة يكون من المناسب جداً توجيه جريان الحوار نحو العناصر المستترة الخفية السابقة حيث غالباً ما نجد المتعالج راغباً في الكشف عن هذه العناصر التحتية. وهنا تبرز الأهمية في مساعدة المريض على تجاوز المقاومة التي يبديها خلال سير الحوار بدلاً من الابتعاد عنها. ولعل بعض الأسئلة المحرضة المُعينة في هذا الصدد تساعد على ذلك مثل: «هل هناك أمر يجعلك تلتزم الصمت والسكوت حياله» ؟ وإذا كان الأمر كذلك، هل تخبرني ما هو هذا الأمر ؟.

أو أن تقول له «قد يراودك الخوف بما أنا سأفكر أو أعتقد عندما أعرف ذلك ؟

وفي بعض الأحيان فإن بعض الأسئلة النقيضة المطروحة تحقق القصد والمراد فيثير المعلومات المطلوبة كأن نقول للمريض: «إذا كنت قادراً التكلم عن ذلك تُرى ماذا تقول لي» ؟.

من ناحية أخرى، من الأهمية بمكان الحصول على معلومات نوعية جداً. ومثالنا على ذلك قول المريض «والدتي كانت حقيرة معي».

وهنا يتعين على المعالج أن يطرح أسئلة نوعية عن حقارتها ودناءتها ويتبعها بتساؤلات ماذا، متى، أين، من . «ماذا حدث فيما بعد» متى حدث ذلك بالضبط «أين كنت عندما حدث ذلك»؟.

وقد يقال إن المريض مهما كان كلامه فهو مهم ويجب الاهتمام به.

إن هذا القول فيه هُراء. فالمريض قد يجول ويطوف حول أمور لا قيمة لها من الناحية العلاجية. إذ يتكلم عن قضايا هامشية وتافهة. وهناك طرق فعالة وناجعة لقطع طريق هذا الهُراء. كأن نقول له: «ألاحظ أنك أخذت وقتاً كثيراً وأنت تحدثني عن محمود أو باسمة. فأنا لا أرى ما يدعو إلى أنهما ذوا أهمية بالنسبة لك في هذا الوقت». فهذا النوع من الملاحظة يفتح الفرصة أمامك كيما تطلب منه معلومات هامة مثلاً: «أخبرني عن بعض الأمور التي تتعلق بزواجك». «ماذا دفعك إلى تبديل وظائفك وأشغالك؟».

٧ ـ التركيز على الجوانب التثقيفية

عند التعامل مع السلوك، والعاطفة، والإحساس، والتخيل، والمعرفة، والعوامل البيشخصية (إضافة إلى معرفة تفاصيل عن التغذية، والتمارين الرياضية والأمور الصحية وذلك في الأنموذج D) فإن التركيز يبدو مهماً على الجوانب الثقافية (التثقيفية) . فالمرضى المتحمسون للعلاج يميلون إلى ممارسة الاسترخاء، والتأمل Meditation وغير ذلك من التمارين والتدريبات، كما ويتوقون إلى قراءة الكتب الموصى بها من قبل المعالج وغير ذلك من القراءات والمطالعات المرتبطة بالتقنيات التي يتعالجون بها. وهم بالإضافة إلى ذلك يلخصون ما يطالعونه ويقرأونه عندما يُطلب منهم ذلك، ويشاركون آراءهم ومشاعرهم مع المعالج. وأن المعالج بدوره يحاول تعديل وتبديل الأساليب الخاطئة، ويقدم الإرشاد والتوجيه، ويظهر العناية، ويزودهم بالمعلومات، ويصحح لهم مفاهيمهم الخاطئة (العلاج

المعرفي)، ويقدم لهم الدعم والتشجيع الضروريين كيما يساعدهم على الوصول إلى أهدافهم العلاجية. ويستلزم العلاج الإلحاح على أن معظم المسؤوليات تقع على عاتق المتعالج في ممارسة التمارين بين الجلسات العلاجية وتنفيذها حسب المتفق.

وهذه العملية **التثقيفية غالباً ما يشرحها المعالج للمريض** في المقابلة الأولى.

ولعل الحوار التالي الجاري من المقابلة يوضح القصد والمراد.

المتعالج: أرجو ألاّ تهاجمني حيال ما سأطرحه عليك. لقد شاهدت ثلاثة أطباء. فلقد عولجت من قبل د. «س» لمدة سنتين، وما زالت على حالتي لم ألمس أي تحسن. لذا كيف بإمكانك أن تعتقد أنه في قدرتك أن تنجح في معالجتي في الوقت الذي فشل الآخرون الذين عالجوني.

أكرر رجائي ألا أكون قد أزعجتك بهذا التساؤل.

المعالج: أبداً لن أكون كذلك. لعلك تتساءل فيما إذا كانت لدي المؤهلات المهنية العلمية الخاصة التي تعوز أولئك الذين عالجوك. إنه لسؤال مشروع وقانوني لا غبار عليه.

المتعالج: أنا لا أطلب أمراً خارقاً ساحراً.

المعالج: (بكل لطف) أعتقد أنك تطلب ذلك. إن طريقة صياغتك لتساؤلاتك توحي بذلك، أي قد أنجح أو أفشل في حل مشكلاتك.

المتعالج: أنا لا أفكر بذلك.

المعالج: لنطرح السؤال إذن بصورة أخرى مختلفة. إذا ما قيض وتعاونا معاً بفعالية، وفتّقنا كل إمكاناتنا، ما هي الفرص التي تسمح بإزالة معظم صعوباتك؟ إذا لم تثق بي، **وتجنبت أن تركب المخاطر الانفعالية**، وأعطيت لذاتك الذرائع والحجج والتبريرات كي لا تنفذ الواجبات والتدريبات المعطاة لك، وأهملت الحضور للجلسات العلاجية، وأمسكت المعلومات عني فلن يكون هناك علاج ناجح طبعاً.

المتعالج: لن آتي لعندك لو أنني سأتبنى هذه السياسة التي تصفها لي. وأنت على حق أن علي تنفيذ جميع المطلوب مني.

المعالج: كما أقول لكثير من المرضى والناس، إن المعالج هو مدرب أو معلم.

فإذا نظرت إلى العلاج بكونه تثقيفاً فإنه في مقدورك أن تشبّهه بالفرد الذي يرغب في تعلم لغة جديدة، أو يتعلم على آلة موسيقية، أو ينحو نحو تحسين لعبته في كرة المضرب.

المتعالج: أشعر أن حياتي رهان مخاطرة. فهي ليست نزهة بالنسبة إليَّ.

المعالج: أنا في موقع المماثلة والمشابهة، فلا أقلل من قيمة وأهمية الموقف. ومع ذلك إن وراء عملية التبديل هو التثقيف.

المتعالج: كنت غير متعاونٍ مع المعالج السابق.

المعالج: ماذا فعلت فكان معيناً حقاً؟ من الجائز أنك لم توصد الباب في وجه العلاج، ولكن هل عملت شيئاً فيه مسؤولية؟

المتعالج: لست متأكداً من أنني أتابعك. فالمعالج السابق كان ينهج في علاجه نهجاً كلاسيكياً. وأعني من كلامي أن واجباتي البيتية كانت مقصورة فقط على رصد أحلامي كتابة.

المعالج: وهل فعلت ذلك؟

المتعالج: بصراحة، بعد فترة لم أجد ما يشجعني على ذلك.. أقصد..

المعالج: هل أخبرت بذلك معالجك؟ وهل كنت صريحاً فتقول له إنك لا تجد معنى في رصدك لأحلامك؟

المتعالج: كلا.

المعالج: حسناً هذا ما أعنيه بالتعاون، وبالمسؤولية. وأتوقع منك مثل هذا التعامل معي أيضاً. فإذا ما طرحت عليك توصية أو اقتراحاً فستعتبرها غير جديرة بالاهتمام. فأنا أرغب أن أسمع عن مشاعرك وأعمالك، وردود أفعالك.

وبمقدورك الآن أن تخبرني بدقة كيف تشعر حيال ما أقول لك، وما هو تعليقك على ذلك.

المتعالج: هذا جدير بالاهتمام.

المعالج: ما هو شعورك حيال ذلك؟

المتعالج: كما قلت، أحب ذلك، وجدير بالاهتمام، فسوف لن أخفي شيئاً عنك.

المعالج: أرغب أن أعتقد ذلك؟

المتعالج: ألا تثق بي.

المعالج: حسناً، لم تكن مخلصاً لمعالجك السابق، لذا لماذا عليك أن تكون مختلفاً معي؟

المتعالج: (وهو يضحك) لأنك أنت ابن الثعلب.

تعليق: بالإضافة إلى السعي في خلق الثقة بتقربه كمُثّقف، كان المعالج يعلّم المتعالج كيما يتفاعل معه. ومن خلال التأكيد على أهمية الحاجة إلى الإخلاص في العلاقة بين الاثنين، كان المعالج قادراً على استخدام هذه العلاقة في كل مرة يشعر أن المريض المتعالج يمسك عن الإفصاح عن مشاعره أو عن معلومات «هل تتعامل معي مثل ما كنت عليه مع المعالج السابق؟».

لقد استقامت العلاقة بين الطرفين فوصلت درجة المثالية الأمر الذي جعل من سير العلاج على درجة كبيرة من التسهيل.

٨ ـ تنوع النماذج في التقربات

إن التوجه المتعدد والنماذج يؤكد على المرونة العلاجية وتعدد الجوانب. قبل أي شيء آخر فمبدأ الفردية يرى عدم وجود طريق وحدوي في معالجة مشكلات البشر. فالمعالج الذي ينضح حرارة ودماثة مع كل فرد، يكون أقل فعالية مع أولئك الزبائن الذين يرغبون ويفضلون تفاعلات فيها بُعداً، ورسمية وتُماثِل علاقات العمل. فالعيادي المُدرك يستطيع بسرعة أن يزن أفضل الطرق في زيادة

مستوى التوافق والوئام مع المريض. فبعض الأفراد يستجيبون استجابة سيئة للغاية إزاء الأقوال المتضمنة الملاطفة.

فإحدى المريضات بهذا السياق، قالت لمعالجها «لا تدلعني» عندما قال لها المعالج بسريرة صافية «بكل أمانة أشعر باهتمام نحوك». فاللطافة جعلتها تتأسى على ذاتها.

بعض المرضى يحتاجون إلى توضيح لردود أفعالهم العاطفية، في حين آخرون يحتاجون إلى مواجهة مباشرة، ومناهضة لأفكارهم المعرفية.

أما أولئك الذين لديهم تصورات واضحة في الاستجابة فبحاجة إلى تطبيق تقنية محاكاة الأنموذج Modelling، وتدريب على اكتساب المهارات الاجتماعية. وفي كثير من الحالات يتعين على المعالج أن يعالج المريض ذاته باللطف والكياسة تارة، وتارة أخرى يعامله معاملة بعقلية برغماتية قاسية. وعلى هذا، فإنه يبدو أكثر صعوبة بالنسبة للمعالج أن يكون متعدد الأساليب في تعامله مع المرضى وإظهار صور من السلوكيات المتعددة المختلفة من أن يتبع أسلوباً واحداً في التعامل.

فالإخصائي المهني الذي يراقب أسلوب وأنماط العلاج الذي نحن بصدده قد يقول إن هذا المعالج هو من مذهب روجر. وآخر يقول إنه معالج غشتالتي، أو من أتباع الفرد آدلر أو هيلي في علاجه القائم على حل المشكلة. ومراقب آخر يقول: «إنه يذكرني بألبرت أليس». وآخر يقول لا: «إنه معالج سلوكي، فهو يأخذ بتقنيات إزالة التحسس المنهجي ومن ثم بعلاج توكيد الذات». وعندما يرى آخر أن المعالج ينصت إلى المريض وهو يتكلم ولا يتدخل إلا قليلاً ليعلق على حديث المريض يقول إن هذا العلاج نفسي تحليلي ديناميكي.

إلا أن الحقيقة ليست كذلك على الإطلاق، فالمعالج المتعدد الأساليب عندما يطبق تقنية علاجية تلتصق بمدرسة علاجية معينة فليس معنى هذا أنه يقبل افتراضاتها ومبادئها كما هي. فإذا كان المعالج الذي يأخذ بالعلاج المتعدد

الأساليب يحلل حلم مريض ما فليس من الضرورة أن يلتزم في تحليله استناداً إلى المقولات التحليلية الفرويدية أو الرمزية للعّلامة يانغ. كما يجب ألا يعتقد أن هذا الحلم هو الطريق الملكي إلى اللاشعور. ففي بعض الأحيان، تكون الأحلام وبخاصة الأحلام المتكررة مدعاة إلى إعطاء الحلول لألغاز في الأنموذج التخيلي، الأمر الذي يُرّشدُ إلى الأخذ بالتقنيات السلوكية والبيشخصية[1] Interpersonal. وعلى هذا فعندما يُفصح المريض / أو المريضة / أنها تحلم كثيراً بأنها: «تُدفع دفعاً عنيفاً مثل السردين المحبوس في العلب وذلك في القطار) فإننا والحالة هذه نستخدم التخيل الترابطي associated imagery «أو ما يسمى أيضاً بالتداعي المترابط التخيلي» (انظر الملحق رقم ٢).

لنصل إلى النتيجة تفسيريا أنها تشعر بأنها مطوقة من قبل صديقها. وعلى هذا فإن التكرار السلوكي Behavioral rehearsal وتقنيات السلوك التأكيدي للذات تبدو هي المختارة في هذه الحالة.

إن العلاج المتعدد الأساليب يفترض أنه نوع من التدريب المختلف عن الأساليب التقليدية النفسية العلاجية. كما وأنه يفترض أيضاً جذبُه لنوع مختلف من الأشخاص أو المرضى. فالمعالج الذي يفضل كيف يتعلم شيئاً أو شيئين بإتقان كبير قد لا يكون معالجاً فعالاً في العلاج المتعدد الأوجه. فعلى المستوى الإكلينيكي (السريري) نمتلك ما يدعم الافتراض أنه من الأفضل أن تغطي سبعة ميادين تغطية مقبولة من أن تتعامل تعاملاً بتفاصيل كبيرة مع وسيلة علاجية واحدة أو وسيلتين.

هناك نقطة أخرى بحاجة إلى توضيح في نظرتنا إلى المقابلة الأولية. من الأهمية بالنسبة للمعالج أن يعاين مشاعره ويتفحصها خلال المقابلة وبعدها. فمعاينتنا إلى ردود أفعالنا غالباً ما نجد إشارات تدل على وجود مشكلات أساسية

---

(١) البيشخصية interpersonal هو تعبير يفسر العلاقات المتبادلة التفاعلية بين الأفراد وقد ورد في قاموس المورد.

تجنح إلى التملص والابتعاد عن جوانب أخرى من الاستفسارات. فمن خلال محاولتنا أن نفهم مشاعرنا حيال المتعالج الزبون نستطيع أن نصحح الإشارات المراوغة التي تصدر عن المريض شريطة أن نكون موضوعيين ومخلصين. فعندما نلاحظ أن المريض يثير مشاعر التوتر في أنفسنا، علينا أن نفصح عن ردود الأفعال التي تنتابنا على افتراض أن المعالج سيأخذ من انتقاداتنا مأخذ الروح الإيجابية. «أرغب في أن أشاركك بما أشعر به، فأنا لا أشعر بالاسترخاء والراحة معك. وهناك أمر في ذاتك يجعلني أشعر بالتوتر».

عندما صرّح المعالج بهذه المشاعر التي يحس بها لشاب مهندس عمره ٢٦ سنة جاء لاستشارته بنتيجة خصومات وقعت بينه وبين مساعديه من العمال، أجابه المتعالج بالتالي: «أنا لست هنا لتسليتك أو لتسترخي. أنا أدفع لك عن العلاج كيما تساعدني للتغلب على مشكلاتي».

هنا ابتسم المعالج وقال له: «الآن أدرك لماذا أشعر بعدم الراحة معك. ذلك لأنني أحس أن مشاعري منكورة من قبلك. أتساءل فيما إذا غيري من الناس يشعرون بالشعور نفسه نحوك، ولا أستطيع تقديم العون لك إذا كان هذا فيه عبء على مشكلاتك في العمل». وهنا أمعن في التفكير المتعالج ومن ثم سأل: «ما هو الشيء الذي فعلته فخلق عندك هذه المشاعر السلبية»؟. فأجابه المتعالج: «هذا تساؤل ممتاز. دعنا معاً إذا كان في مقدورنا أن نتصوره معاً».

إن المعالجين النفسيين المقتدرين هم دوماً في احتراس من ملاءمة المريض للمعالجة. فالهدف الأول من المقابلة الأولية هو الجزم كيف يمكن ملاءمة العلاج للمريض، أي بعكس المقولة السابقة. ومن خلال استخدام المعايير والاحتمالات التي تبرز من الدراسات العلمية نحتاج إلى قولبة معلوماتنا السريرية (الإكلينيكية) كيما تلائم فرداً معيناً. فالمستهلكون هم على استعداد لتلقي ما يعرفه المعالج، وكما أن الطبيب النفسي البيولوجي غير قادر على التعامل مع ديناميكيات الأسرة، في حين أن المحلل النفسي غير قادر على الأخذ بالتقنيات السلوكية.

هذا ومن خلال تبني الوقفة الجماعية فإن المعالجين الذيـن يـأخذون بـالعلاج المتعدد الأساليب هم دوماً في حالة يقظة وانتبـاه واستعداد ليلجـوا في المتغـيرات الاجتماعية، والنفسية، والبيولوجية، وبدلاً من أن ينظـروا إلى مشكلات المريـض من منظـور واحـد أو منظوريـن ، فـإنهم أي هـؤلاء المعـالجين يستخدمون سبع عدسـات في إبصـارهم. إن هـذا مـن شـأنه تجنـب التفكـير الثنـائي أو الحـدّي Dichotomous thinking.

٩ ـ تتابع التقويم التشخيصي

قدمنا في الصفحات السابقة أوجهاً مهمة للمقابلة الأولية. ويبدو هاماً الإدراك أن حاجات المريض ستقرر شكل والمقابلة وصورتها وكل شيء يليها. ومع ذلك، ففي أكثر الأحيان، فإن التتابع الذي سنذكره يبدو نموذجياً.

أ ـ الطور الأول: قوّم الشكاوي التي يبديها المريـض، وثمّـن شـدتها ومدتهـا. كن يقظاً إزاء سوء الوظائف بالنسبة لـ BASIC ID. فتش عن السلوكيات الهدف (أي بمعنى أي شيء يمكن قياسه) حيـث إن ذلـك غالبـاً مـا يقـدم لنـا الـدلالات Cues لتحديد الوظائف أو التدريبات البيتية المفيدة التي بدورهـا تكشـف عـن مشـكلات أكثر أهمية. (فمثلاً بسؤال المتعالج الذي يبدو خجولاً أن يحسب عدد المـرات في كل يوم الذي يقول فيها «لا أستطيع»، إذ بهذه الحالة أجعله يدرك كيف أنه يستخدم المقاومة السلبية كسلاح في علاقاته البيشخصية).

ب ـ الطور الثاني: فتش عن الحوادث السابقة القريبة، وبذكـاء قـوّم البيئـة مـا قبل ظهور الأعراض عند المريض. وحاول أن تحدد الحوادث القريبة أو الآنية التي تبدو أنها هي المسؤولة عن دفع المريـض إلى التمـاس العـلاج أو العـون. وأينمـا تجدُ تمايزاً قاطعـاً بـين الشـدة الظـاهرة قبـل ظهـور الأعـراض، وقـوة الاضطـراب المستمر فإن الانتباه الخاص يجب أن يتمحور حول العوامل البيولوجية.

ج ـ الطور الثالث: نفذ تقويماً دقيقاً للبيئـة الـتي يتواجـد فيهـا المريـض بعـد ظهور الأعراض. وعاين نوع العـلاج الـذي تلقـاه المريـض ومـا هـي النتـائج الـتي

ترتبت عن هذه المعالجة. وفي معاينتك للبيئة التي تواجد فيها المريض بعد ظهور الأعراض، فإن هذا يطرح سؤالاً هاماً هو: «ما هو الأمر الذي يخلد المشكلة أو يبقيها ؟».

د - الطور الرابع: عندما تشك في الأمر، عليك إجراء فحص رسمي ومنهجي للحالة العقلية عند المريض. فالاستعلام المتعلق بالحالة العقلية عادة ما تقيم وعي المريض للمكان والزمان وغير ذلك (ما اسم المدينة التي نحن فيها ؟ وما هو الوقت، واليوم، والتاريخ، وما اسمك، ومن أنا ؟). كما ويجب تقييم الذاكرة الخاصة بالحوادث الجارية أو الحديثة (ما الطعام الذي تناولته في العشاء في الليلة الماضية ؟ ما هي عناوين الأخبار في أهم الصحف اليومية في هذا اليوم ؟).

وهناك عمليات اختبار بسيطة ومستخدمة في التقويم الإكلينيكي، أي الطرح التتابعي المتسلسل مثلاً ١٠٠-٧: ومن ثم الباقي يُطرح منه العدد ٧ وهكذا دواليك. والزمن الذي يُعطى للمريض للإجابة هو بحدود دقيقة ونص في كل عملية طرح ورصد عدد الأخطاء (٤-٦ أخطاء ليست بذي قيمة وهامشية. وعندما يدل الفحص العقلي بوجود أذية في النسيج الدماغي، فلا بد والحالة هذه من إجراء فحص كامل يغطي الانتباه، والفهم، والتفكير، والمحاكمة، استيعاب الكلام (ننصح بالرجوع إلى الكتاب الأمريكي للطب النفسي لمزيد من التوجيه).

في نهاية المقابلة الأولية يستحسن إعطاء المريض استبيان القصة الحياتية المتعددة الجوانب (انظر الملحق رقم ١ في هذا الكتاب) لإملاء الأمثلة الواردة فيه على أن يعيده في الجلسة المقبلة.

الفصل الرابع

صلة العلاج – التقويم المتعدد الجوانب

مهما كان حجم البراهين العلمية بين يدي المعالج، فإن المهارات الفنية تلعب دوراً مهماً في تطبيق التقنيات العلاجية، هناك الكثير من الجوانب المتعلقة بالقواعد العلاجية النفسية لم يوضحها العلم. ونتيجة لوجود حدود في الطريقة التجريبية، فقد نادى واشتيل WACHTEL (١٩٨٠) بأهمية الإلحاح الأكبر على الملاحظة، والتنوع الأكبر في طريقة وأنموذج التفكير. ويرى كولبي COLBY (١٩٦٢) العلاج النفسي كفن، وصنعة مثل الطب، أو أي مهنة أخرى.

يحتاج الممارسون للعلاج النفسي التسهيل في مواقف تحتاج إلى إبداعات.

فالحالات غير العادية والمشكلات المتحدية تستدعي درجة عالية من الخبرة السريرية (الإكلينيكية) والإبداع، بل وحتى المشكلات الانفعالية النسبية التعقيد تفرض سلسلة ثابتة من الخيارات السريرية.

أكد العّلامة السيكولوجي المعروف أريكسون (١٩٥٣) «أن طبيعة وسمة نتيجة مفردة غالباً ما تكون أكثر معلومية وقيمة من كم كبير من المعلومات يستند في معناه على تعامل إحصائي».

فملاحظة عيادي عملاق في خبرته وهو يعمل مثل سماع عازف كمان عالمي. وبينما لا نستطيع أن نحصل على «لمسة خاصة» في العلاج، إلا أنه من خلال الأخذ بالأساليب المتعددة نستطيع على أقل تقدير أن نضمن تغطية شاملة بحيث يستثير بعض السمات الضرورية التي بدونها لا يمكن كشفها.

١ - استخدام البروفيلات التركيبية

إن كثيراً من المعالجين الذين تدربوا علاجياً على أساس العلاج المتعدد الأوجه أو المتنوع، أو المتعدد العاملي يعيرون انتباههم في علاجهم إلى المشكلات السلوكية، والاستجابات الانفعالية، والإحساسات، والتخيلات،

والتفكير، والعلاقات البيشخصية، والعمليات البيولوجية. وهذا الأمر يفرّق ويُمايز الممارسين للعلاج المتعدد الأساليب أو الأوجه عن التقربات والأساليب العلاجية المتعددة الأشكال أو الواسعة الطيف. وكما ذكرنا في الفصل الثالث نجد الضرورة تقضي أن نضع الشكاوي التي يعرضها المريض ضمن السياق الأوسع، وملاحظة أي أسلوب أو أساليب BASIC ID توجه الأعراض المطروحة. «أشعر بالتوتر، والإحباط، وبالشقاء في عملي وداري». وكما سنبين، إن المعالج المنتمي إلى العلاج المتعدد الأساليب كغيره من العياديين الكثيرين يتحرى ويعاين المشكلات المطروحة استناداً إلى سوابقها ونتائجها، ولكن إضافة إلى ذلك فهو يقوِّم كل مشكلة في تأثيرها التفاعلي على كامل الصيغة BASIC ID.

من ناحية أخرى نجد أن بعض المشكلات المطروحة تبدو صعبة التعرف عليها فيما يخص الأساليب النوعية. «أرغب في الاتصال مع نفسي» هذا المطلب يصعب اعتباره شكوى حسية لاستجواب دقيق. ونجد أن هذه المشكلات الغامضة يمكن أن تنحل إلى صعوبات مختلفة متعددة بالنسبة للصيغة BASIC ID.

وإن هذه النقطة سنوضحها توضيحاً أكبر عندما نتكلم عن الحالات النوعية فيما بعد وفي هذا الفصل.

قبل البدء بتحليل المحتوى بموجب الصيغة BASIC ID، يحسن بنا أن نتذكر العلّامة فيريز (١٩٨٠) الذي أشار إلى قيمة البدء بالتقويم التركيبي. فهناك أُناس، حسب ما يرى، هم بالدرجة الأولى «فاعلون doers» وآخرون هم «مفكرون thinkers»، بينما نرى أناساً آخرين «مستشعرين feelers» وهكذا... وبموجب ذلك فقد ابتدع مقياساً يتألف من ١٠ نقاط لكل شكل modality، وكان يطلب من المرضى أن يقيّموا نسبة إدراكهم لأنفسهم على مستوى (الفعل، والتفكير، والإحساس، والتخيل، والارتباط)، كما وكان يطلب من المرضى أن يقيّموا مدى ما يمارسون ويهتمون (عادات صحية)، التمارين الرياضية المنتظمة، التغذية الجيدة، تجنب التدخين، والأدوية وفرط مسافهة الكحول... الخ.

إن الدرجة العالية على D تشير إلى أن الفـرد يهتـم ويعتـني بصحتـه. ويمكـن رسم خطوط بيانية بسيطة موضحة لذلك.

إن الحالتين A و B الموضحتين في الصفحة التالية هما متماثلتان. إذ كلتاهمـا فيهما درجات مرتفعة على «الفعـل، التفكير، والاتصـال». إلا أن الحالـة A تبـدو (أكثر اهتماماً في الصحة من الحالة B. وأن الحالة A هي «فاعل» «متصل» «مفكـر» في حـين أن الحالـة B هـي «فـاعل» «مفكـر» «متصـل» قـد يكـون لديـه فـروق في الاستجابة العلاجية يمكن التنبؤ بها. فمثـلاً إن كـلا A و B قـد يستجيبان استجابة جيدة للعلاج السلوكي، والمعرفي، وتقنيـات البيشخصية، (مثـل العـلاج التوكيـد للذات Self- assertiveness)، ولكـن الحالـة A قـد تحتـاج إلى تدريبـات بيشخصية والمفضلـة علـى تقنيـات إعـادة تركيـب البنيـة المعرفيـة، بينمـا B أكـثر تقبـلاً للمداخلات المعرفية.

في الحالة C التي تعتـبر ذات نمطـين منخفضـين وهمـا «السـلوك» «والمعرفـة» والتقييم الذاتي يعكس «الشعور» «الإحسـاس» «التخيـل» «والاتصـال» فـإن الأسـاليب السلوكية المعرفية العادية قد تكون أقل فعالية مـن مجموعـات T، وأيضـاً العـلاج المحسّن للعّلاقة.

إن حـواراً مختصـراً يوضـح الطريقـة الـتي بواسطتها يمكـن رسـم الـبروفيل التركيبي. فالمريض في الحوار التالي يمثل مدير شركة ناجح يعاني من مشـكلات زوجية:

المعالج: إن بعض الناس يوصفون بصفـة «الفعاليـة». فمـن صفـاتهم السـلوكية إشغال أنفسهم بالعمل، والإنجاز، والانخراط بمشاريع مختلفة، في حين أن آخرين أكثر ميلاً ليكونـوا (مفكريـن). يحبـون التخطيـط والتصميـم، والتفكـير بالأشـياء. وبعض الناس الآخرين على درجة كبـيرة مـن (الإحساسـات والمشـاعر) وآخـرون يجنحون نحو أحلام اليقظة، ولديهم كثير من الخيالات والتخيلات الحيـة. أرغـب منـك أن تقيّـم ذاتـك علـى مقيـاس فيـه عشـر نقـاط ولـه أبعـاد متعـددة. لنبـدأ الآن

(بالسلوك) من نقطة الصفر إلى النقطة رقم ١٠ . كيف تقيّم ذاتك على البُعد بكونك نشطاً، فاعلاً، الفرد الذي يرغب في أن يحول طاقته إلى فعل وأداء وعمل؟

المريض: حسناً، بالنسبة لي أرغب إنجاز الأعمال. لا أستطيع إنجاز جميع ما لدي من أعمال إذا لم أكن بهذا النزوع.

المعالج: ما هو الرقم الذي نعطيه على المقياس؟

المريض: A ـ ٩ أو ١٠ (رمزنا العمل بالحرف A)

المعالج: حسناً لنقيم (المشاعر والعواطف) ما هي درجة نزوعك الانفعالي؟ وإلى أي عمق تشعر بالأمور؟

المريض: الأمر نسبي. إذا كنت تطلب مني ما هو مقدار المشاعر الذي تعبر عنه فأنا أقدر نفسي على المقياس بدرجة منخفضة جداً. فزوجتي تشتكي بعدم إظهاري المشاعر، وهي على حق بذلك. أجد صعوبة في التعبير عن مشاعري، ولكن في الداخل فمشاعري قوية.

المعالج: دعنا نضع مقياسين؛ الأول ويصف مقدار العاطفة التي تعبر عنها والمقياس الثاني يعكس مشاعرك الكلية الجامعة.

المريض: أعطيت A ٢، A ٧ أو ٨.

المعالج: حسناً، الآن ماذا عن (الإحساس)؟ الناس يربطون في الإحساس قيمة كبيرة من الجنس إلى الطعام، والموسيقى، والفن، وغير ذلك من المسرات الحسية.

المريض: أنا أرغب في الموسيقى، وأتمتع بالنظر إلى غروب الشمس ولكن لا أعرف مقدار هذه الرغبة.

المعالج: ما هو المقدار الذي تركز فيه على الآلام والمسرات والمرتبطة ببصرك، وأذنيك، والحليمات الذوقية في لسانك، وأعضائك الجنسية وإلى ما هناك من أمور أخرى؟

المريض: لنعط الدرجة ٥. أخي الذي يشكو من أمراض مراقبة (مراقبة وظائف الجسم) والذي يرقب كل لمعة ألم وانزعاج في بدنه أعطيه الرقم (أو الدرجة) »١٠.

المعالج : ولكن هذا لا يترتب أن تكون الدرجة سلبية ، إذ هناك أفـراد يهتمـون اهتماماً كبيراً بإحساساتهم ويسـتمدون مـن هـذا الاهتمـام المسـرة الجماليـة وغـير ذلك...

المريض : لتكن الدرجة ٥ .

المعالج : على المستوى التخيلي الآن ، ما هو مقـدار التخيـل أو أحـلام اليقظـة من حيث الوقت تصرفه ؟ لنفـرق ذلـك عـن التفكـير أو التخطيـط فهـذان أمـران لا يدخلان في هذا التصنيف . فأنا أحصر كلامي في المـدة الـتي تصرفهـا في التخيـل والأحلام التي تدور حول رغباتك وأنت في حالة الوعـي ، أي أحـلام اليقظـة ، ومـا يدور في خيالك من أحلام ورغبات ترغب في تحقيقها .

المريض : أنا لست من النوع التخيلي الطواف في عالم الأحـلام . فأنـا أوصـف من (أهل الأرض وليس الخيال) . أصِل إلى التفكير بالأمور الواقعية أعطـي لنفسـي الدرجة ١٠ في تصنيف التخطيط والتفكير .

المعالج : حسناً لتكن الدرجة ١٠ لصالح المعرفة ، ولكن مـا هـو الرقـم الـذي تعطيه للتخيل ؟

المريض : A ٢ أو A ٣ .

المعالج : بقي لدينا أمران . العلاقة البيشخصية . ما هو مقدار الأهمية التي تبديهـا حيال الآخرين ؟ إن هذه الدرجة هي للعلاقة الاجتماعية . نحن نتكلـم عـن الأصدقـاء القريبين منك ، الرغبة في انجذابك نحو الناس ، الرغبة في الصداقة والألفة .

المريض : حاجتي إلى الناس قليلة ، أفضـل الانفـراد بنفسـي . أرغـب معاشـرة نفسي . أتمتع بالقراءة ، وأجمع الطوابع . تسميني زوجتي بالمنعزل .

المعالج : الدرجة هنا هي أقل من A ٥ .

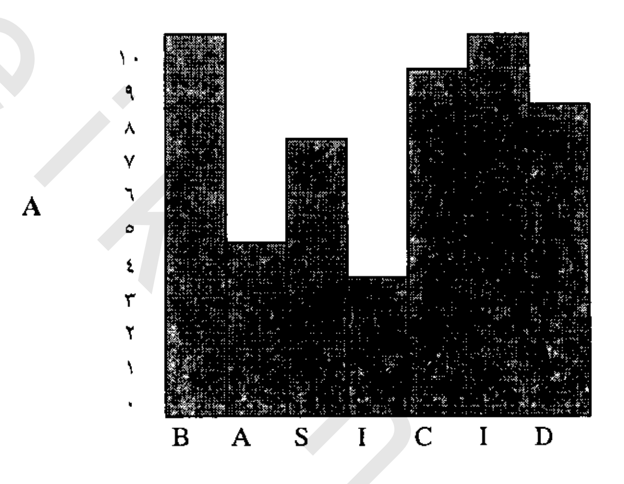
المريض : كلا أعطي الدرجة A ٣ أو A٤ .

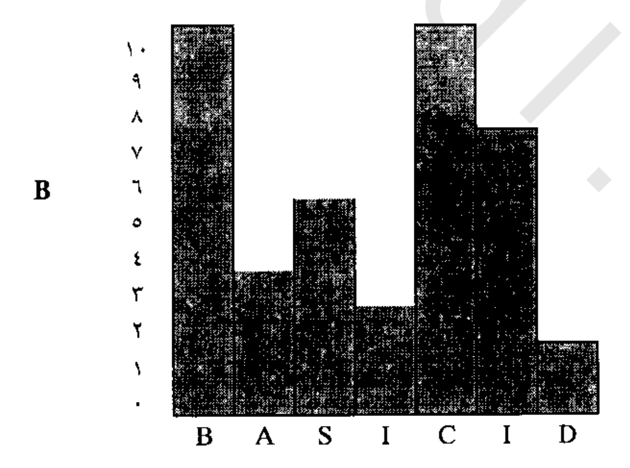
المعالج : وأخيراً أرغب أن تثمن ذاتك بالنسبة للوسيلة الطبية . أتكلم هنـا عـن الصحة والعادات السيئة مثـل التدخـين ، والإفـراط في مسـافهة الكحـول ، وشـرب

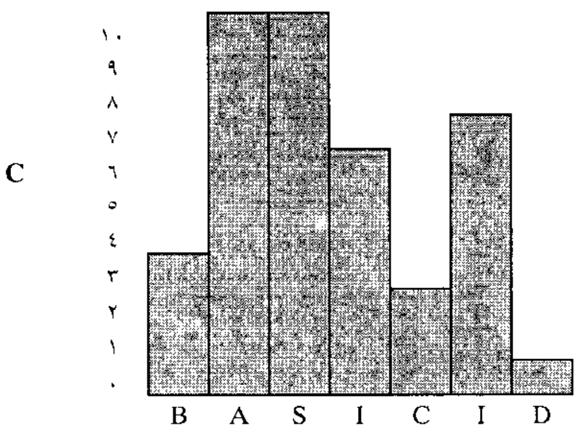
القهوة كثيراً، والنهم نحو الطعام وما إلى ذلك..

ثم هل تمارس الرياضة ممارسة منتظمة، وتأخذ قسطك الجيد من النوم، وتتجنب الأطعمة الرديئة، أي عموماً تصون صحتك العامة.

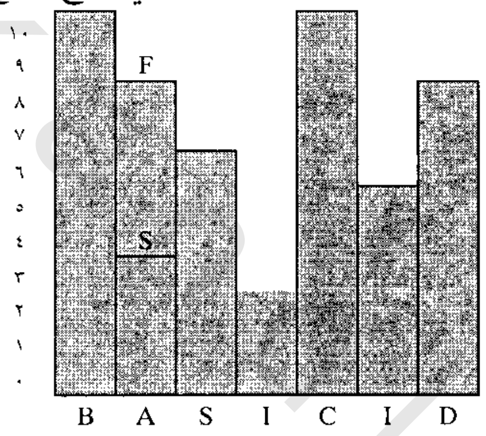
المريض: أنا بصحة جيدة، لا أدخن، ولا أشرب، وأتناول الطعام بحساسية وانتقائية. والشيء الوحيد الذي لا أمارسه وهو الرياضة حيث أشعر بهذه النقيصة، لذا أنا أعطي لنفسي الدرجة A ٧ أو A ٨.







يمكننا أن نرسم الشكل المبين أدناه الذي يوضح ما يذكرنا بسرعة النزوعات الرئيسية عند المريض الذي ذكرنا حواره مع المعالج. وكما سنناقش هذا الموضوع في الفصل التاسع، إن هذا الأسلوب يبدو ناجعاً ومفيداً في علاج الزواج.



فإذا كان الشخص (مثل مدير شركة) ثَمَّن نفسه بدرجة عالية على أنموذج السلوك والمعرفة، وبدرجة منخفضة بالنسبة للتعبير العاطفي، وأيضاً بدرجة منخفضة على أنموذج التخيل والوداعة البيشخصية، بينما وضعت زوجته نفسها بدرجة منخفضة على أنموذج السلوك والمعرفة، وبدرجة عالية على التعبير العاطفي إضافة إلى الحاجة إلى اتصالٍ إنساني وثيق، وأصدقاء وديعين، فإن درجة عدم التجانس تجعل النصح في الطلاقٍ خياراً أكثر واقعية من الانخراط في العلاج الزوجي (لازاروس ١٩٨١). ففي جميع أنواع العلاج، نجد أن الاعتبارات الأكثر أهمية تتمحور حول محتوى المشكلة ضمن كل أنموذج، وتأثيرات تفاعلاتها.

ولعل الذي يهمنا هنا الكلام عن الطريقة التي يمكن بواسطتها يتم تركيب بروفيلات النموذج Modality profiles

٢ ـ تركيب أو إنشاء بروفيل الأنموذج (أو لائحة الصيغة BASIC ID)

إن السمة التمييزية للعلاج المتعدد الأوجه هو في صيغة BASIC ID والمتمثلة في لائحة بروفيل الأنموذج التي تُعد بمثابة بوصلة وخارطة معرفية.

وكثيراً ما يسأل الناس مدى ضرورة رسم بروفيل الأنموذج وهل هو مجرد تمرين في الجبرية ؟ فكتابه السمات البارزة لصيغة الزبون المريض BASIC ID تسهل التصنيع الأنموذجي للمعلومات ضمن السياق العلاجي. ثم إن هذه الكتابة تسمح لأن تكون صلة واضحة بين العلاج والتشخيص وذلك من خلال تكميل وظائف التقييم. ووضع الأهداف وتحديد نوعية التقنيات العلاجية.

هذا ومن أجل توضيح الطريقة التي تتم بموجبها إنشاء بروفيل الأنموذج فإن الحالة التالية التي سنذكرها هي أفضل مثال لمثل هذا التوضيح. رجل عمره ٤٠ سنة يشكو من أعراض القلق ونوب الجزع، تنامت تنامياً مترقياً فأضحت أكثر إزعاجاً له خلال ٤ـ٥ سنوات الأخيرة.

يعمل مدير تنفيذي لشركة مبيعات لا يمارس عمله بنجاح، حسن الهندام ويبدو مسترخياً، لا تظهر عليه أي علامات الزيغ المهمة.

بدئياً كان يصعب التعرف على العوامل السابقة والنتائج الباقية. مما قاله المريض: «بدأت أشعر بهذه النوبات منذ خمس سنوات بدون وجود سبب ظاهر. لا يوجد سبب كيما تنتابني هذه النوبات. فكل شيء في حياتي الزوجية يسير على ما يرام. لدي زوجة رائعة، وولدان، وعمل من الدرجة الأولى».

مؤخراً، منذ سنة أو سنتين بدأ المريض يحدد مدى حركته. «كنت أضرب في الشارع حيث تعودت الترحال والسفر لإجراء مقابلات تجارية وبيع. أما الآن فقد اختلف الموقف. إذ بت أخاف الابتعاد عن داري أكثر من مسافة ساعة خوفاً من التعرض لنوبة جزع».

ونتيجة لذلك فقد عمله مما أحدث له هذا الفقدان الاكتئاب. وفضلاً عن ذلك، كان خلال السنة الفائتة المنصرمة عرضة لكثير من الأمراض؛ أهمها الصداع وآلام في المعدة. راجع طبيباً نفسياً خلال السنوات الثلاثة الماضية، إلا أن حالته استمرت سوءاً.

في نهاية المطاف حط الرحال عند المعالج النفسي أرنولد لازاروس فأجرى له المقابلة الأولى وأعطاه في نهاية هذه المقابلة الاستبيان الخاص بالقصة الحياتية (انظر الملحق رقم ١) لإملائه في البيت. فأنجز المطلوب منه وأعاده إلى المعالج في الجلسة الثانية.

خلال المقابلة في الجلسة الثانية استعرض المعالج إنجاز المريض للاستبيان الخاص بالقصة الحياتية، وطرح على الأخير أسئلة نوعية ترتبط بالبنود التي بدت غير واضحة. وفي نهاية هذه الجلسة حصل المعالج على المعلومات من خلال الجلستين ومن أيضاً الاستبيان المذكور. وقبل موعد الجلسة الثالثة كانت الواجبات البيتية التي أعطيت للمريض لإنجازها استهدفت استخلاص البروفيل الأنموذج البدئي الخاص بالمريض. وقد بدت ميادين المشكلة حسب التالي:

B: ● تجنب تخوفي
●فقدان السيطرة الذاتية
●مكوث المريض في الفراش عندما يكون قلقه عالياً شديداً.

A: ● قلق
●جَزِع
●هجمات اكتئابية

S: ● تشنجات وقولنجات بطنية
●صداع
●دوار
●خفقان قلب

● توتر

● خدر حسي

● رجفة

● جفاف فم

● تسرع ضربات قلب

I : ● تخيلات عجز

● تخيل ذاته بعجزه عن التعامل المشكلات، فقدان السيطرة على ذاته، الفشل، ذكريات تدور حول موت الوالد، وتخيلات جنائزية حول ذاته وهو يموت في سن ٤٤ مثل والده

C : ● مبالغة في قيم العمل البروتستانتية

● انشغالات بأفكار الموت والنزاع

● «حياتي تضبطها القوى الخارجية»

● «من الأهمية بمكان إرضاء الآخرين»

I : ● فرط تقمص لوالده

● الزوجة تمد له حنو الأم حيال شكاويه البدنية، ويبدي اهتماماً حول قلقه.

D : ● يتناول المهدئات النفسية

● يشكو من تشنج كولون

● يدخن حوالي ٢٠ لفافة تبغ يومياً

● أظهر استجابات مزعجة حيال تناوله الدواء توفرانيل (وصفه الطبيب النفسي له للسيطرة على نوبات الجزع)

صرف المعالج من وقته زهاء نصف ساعة لقراءة المعلومات الواردة في استبيان القصة الحياتية، ولرسم البروفيل الأنموذج. وهذه كانت إنجازات الجلستين الأولى من خطة العلاج.

أبان تحليل الصيغة BASIC ID كما وردت أعلاه فإن المريض يعاني من حالة قلق جزعي نموذجي (مشاعر القلق والجزع وفقدان السيطرة على الذات إضافة إلى أعراض بدنية سوماتية مصاحبة).

فنظرة سريعة إلى بروفيله يبرز السؤال التالي:

«ما هو الأمر أو الفرد الذي جعل من أعراضه مستمرة؟».

الجواب: الأنموذج التخيلي، والأنموذج المعرفي، والأنموذج البيشخصي هي صور النماذج البارزة في هذا الاضطراب المستمر.

إن فرط تقمصه لوالده الذي كان يتصف بمدير مبيعات تنفيذي ناجح وبارز، والذي توفي إثر نوبة قلبية وهو في الأربعينات (٤٤ سنة) عندما كان ابنه المريض بعمر ٢٢ سنة، هذا التقمص هو الأكثر أهمية في قصته المرَضية.

لقد نسج المريض على منوال أبيه وسيرته، وبدا الآن يحاكيه في ممشاه السابق محاكاة أمينة (لم يكن والدي مريضاً جداً كيما يضيع يوماً واحداً من العمل)، إنه أى المريض في مأزق. زوجته تنظر إلى قلقه بكونه مرضاً يتعزز بالأعراض البدنية التي يبديها. وأن خياراته بالأعراض قد تكون مرتبطة بهذا التعامل الثنائي.

ومن خلال دراسة البروفيل الأنموذج، نصل إلى افتراضات «فاعلة إضافية» يشاركنا المريض فيها.

إن حدة الذهن الإكلينيكية تقودنا إلى تجنب بعض القضايا حتى يتم إيجاد رابطة علاجية قوية. ولكن خلاف «التفسيرات» (حيث يفترض أن المعالج يعرف الأحسن)، فإن هذه الافتراضات ستكون خاضعة إلى التبديل، والمراجعة أو أنها تتعزز من خلال المناقشة.

ولنعلم أن المعالجين الذين يأخذون بالعلاج المتعدد الجوانب عادة ما يتجنبون «التفسيرات». إنهم يشاركون «بالانطباعات» و«بالافتراضات» «وبالملاحظات».

ثم هل بإمكان المعالج أن يتصرف نحو زبونه المريض «أو المريضة» بتواضع وبتحفظ علمي في الوقت الذي يبدو واثقاً من نفسه، يتسم بالجدارة والكفاءة؟ الحق أن عليه أن يكون كذلك.

عندما يتم إنجاز البروفيل الأنموذج، لا بد من مناقشة كل بند مع المريض في محاولة لإزالة الغموض والالتباس. يتم تحليل كل مشكلة نوعية بالنسبة لسوابقها ونتائجها، بحيث يستطيع الفرد معرفة أهميتها الوظيفية.

وقبل وصف هذه العملية، لنتكلم عن مسألة أخرى وهي هل في مقدور الزبون المتعالج أن يستخرج بروفيلات الصيغة BASIC ID بنفسه؟

أ - المتعالجون يرسمون بروفيلاتهم الخاصة بالأنموذج

هل تقضي الضرورة أن يرسم المعالج بروفيل الأنموذج الأولي؟.

وإلى أي حد يستطيع معظم المتعالجين رسم بروفيلاتهم للأنموذج بصورة جيدة؟ وهل هناك فوائد في جعل المعالج والمتعالج يتعاونان لرسم بروفيل الأنموذج كل واحد لوحده، ومن ثم يقارنان الأداءين.؟

أبانت الخبرات الإكلينيكية أن كثيراً من **المتعالجين الكبار قادرون على رسم بروفيلاتهم بأنفسهم**، وغالباً ما يكون ذلك مفيداً جداً بالنسبة لكلا المعالج أو المتعالج أن يرسما لوحدهما البروفيل، ومن ثم يتناقشان بنتائج أدائهما معاً.

كيما يقوم المتعالج برسم بروفيله الخاص بالأنموذج فهو يحتاج بادئ ذي بدء إلى تفسير مقتضب عن كل بند من بنود الصيغة BASIC ID. وعادة، يلجأ المعالج النموذجي إلى إعداد تعليمات مطبوعة على الآلة الكاتبة تتضمن الوصفات التالية لكل أنموذج من الصيغة السابقة:

(١) - السلوك:

ويدل هذا الأنموذج Modality على السلوكيات الواضحة الظاهرة مثل: الأفعال، والعادات، ووضعيات الجسم، والاستجابات، وردود الأفعال التي تُلاحظ وقابلة للقياس.

عليك أن تسمي الأفعال، والعادات ... الخ. التي ترغب في زيادتها أو التي ترغب في إنقاصها. حدد الشيء الذي ترغب في بدء العمل به وما هو الشيء الذي ترغب في إزالته وإيقافه.

(٢) - العاطفة:

وتشير إلى الانفعالات، والأمزجة، والمشاعر القوية. ما هي الانفعالات التي تخبرها في أكثر الأحيان. حدد حصراً كتابة الانفعالات غير المرغوبة (أي مثل القلق، والاكتئاب، ومشاعر الإثم، والغضب... الخ) اكتب «السلوك» ما تنوي أن تفعله عندما تشعر بطريقة ما.

(٣) - الإحساس:

أي الإبصار، والسمع، واللمس، والتذوق، والشم، ونقصد الحواس الخمس الأساسية.

نظم لائحة بالإحساسات السلبية (التوتر، الألم، الدوار، التعرق، احمرار الوجه، الغثيان ... الخ) التي تنتابك. فإذا كانت أي من هذه الإحساسات تسبب لك التصرف أو الشعور بطرق معينة أرصد هذه التصرفات أو الشعور في أنموذج «السلوك» أو «العاطفة».

(٤) - التخيل:

سّجل كتابة أي من أحلام اليقظة المتكررة، وأي من الذكريات الحية المزعجة. وأيضاً ضمّن أية سمات وعلائم سلبية حيال الطريقة التي تشاهد ذاتك بها أي (صورة ذاتك). نحن نفتش عن (الصور) الماضية، والحاضرة، والمستقبلية التي تزعجك، كما يهمنا أيضاً (الصور أو التخيلات السمعية) أو الأصوات التي تشكل لك مشكلة. ضمّن أي تخيلات حية ماضية، حاضرة، مستقبلية أو إحساسات، وتأكد أن هذه البنود تنضاف إلى بنود: السلوك والعاطفة، والإحساس.

(٥) ـ البنية المعرفية :

ما هي نوع الأفكار، والقيم، والآراء، والمواقف التي تقف حائلاً في وجه سعادتك والاستمتاع بحياتك (مثلاً أنا إنسان أخرق) أو (أنا إنسان أخجل من نفسي) أو (أنا شرير ومجرم). ما هي أكثر الأفكار التي تبدو لك غير منطقية؟ كيف تؤثر هذه الأفكار والآراء على سلوكياتك، ومشاعرك، وإحساساتك وتخيلاتك (سجل هذه الأمور).

(٦) ـ العلاقات البيشخصية :

اكتب مشكلاتك ومتاعبك مع الناس الآخرين (الأصدقاء، المحبين، الأقرباء، الرؤساء في عملك، المعارف... الخ). والتي تعد مصدر إزعاجاتك. أي اهتمامات عن الطريقة التي يعاملك بها الآخرون يجب أن تذكر في هذا الأنموذج المعرفي. افحص بنود النماذج المدرجة تحت عنوان: السلوك، العاطفة، الإحساس، التخيل، البنية المعرفية، وحاول أن تحدد كيف تؤثر هذه النماذج وكيف أيضاً تتأثر هذه النماذج بالعلاقات البيشخصية.

(٧) ـ الأدوية التي تتناولها :

نظم لائحة بكل الأدوية التي تتناولها والموصوفة من قبل الطبيب أو التي تتناولها بدون وصفة طبية. اكتب في هذا الأنموذج أية اهتمامات صحية وطبية وأعراض تعانيها.

إن فوائد وضع البروفيل الأنموذج على الصورة التي ذكرناها والتي تتفوق على الاختبارات النفسية التقليدية والتشخيص السيكاتري النموذجي الرسمي، هذه الفوائد تتضح بالحالة التالية:

شابة عمرها ٣٣ سنة مهندسة ديكور أحيلت إلى المعالجة النفسية، راجعت معالجاً نفسياً تقليدياً، وانخرطت في العلاج النفسي لعدة سنين ولكن لم تحصل على فائدة علاجية، إلا النزر القليل، ولكنها اتفقت مع المعالج على تبديل الطريقة العلاجية النفسية.

تضمنت رسالة تحويلها من معالجها السابق الوصف التالي لحالتها :

تحمل سمات مختلطة من الشخصية النرجسية والهستريائية إضافة إلى عوارض Episodes نَهم نحو الطعام Bulimia ثم إن في سلوكها ملامح واضحة من الوسواس والجبر ، واضطراب اكتئابي غير نموذجي يختفي وراء الكثير من أعراضها السوماتية . وقد تضمنت رسالة الإحالة تحليلاً مفصلاً لاختبارين نفسيين إسقاطيين . ونذكر هنا ما ورد باختصار في التحليل للاختبارين : «تتضمن آلياتها الدفاعية الرئيسية التحويل ، والمعاوضة والإبعاد . كما أن نزوعها نحو العزلة رسخ عندها مشاعر الوحدة والعزلة واليأس . وعندما تتهدد بفعل مشاعرها ، فإنها تلجأ إلى فرط التفكير والعقلانية الأمر الذي يجعلها تقاوم اختبار الواقع ومعاينته» .

من مقارنة ما ذكرناه من وصف لشخصيتها ، فإن بروفيل الأنموذج الذي رسمته بنفسها عن شخصيتها بعد المقابلة الأولى التي نُظّمت مع المعالج يتضح التالي من هذا البروفيل :

B : ● التسويف والمماطلة .

●عادات طعام سيئة تتظاهر بالنَهم والشراهة .

●الثرثرة وفرط الكلام بفعل العصبية .

●ضعف التنظيم في العمل .

A : ● الاكتئاب ، القلق ، والجزع .

●مشاعر الإثم المرتبطة بالعمل .

●مراقبة الذات في كل شيء : اللباس ، الفعل أو القول .

●المخاوف من الرفض الاجتماعي .

S : ● التوتر - وبخاصة في الوجه ، الرقبة ، والظهر .

●لا يحصل الاسترخاء التام إلا خلال ممارسة الجنس .

●الإعياء الذهني ، إحساس مختلط مشوش في كل الأوقات .

I : ● تخيل الذات بالبدانة والكره لجسدي .

●صورة الجسد مرتبطة بالطعام وأنماط الرياضة.

●غالباً ما أتخيل ذاتي كامرأة مسنة وبشعة.

●فقدان أحلام رومانس المراهقة وتخيلاتها.

C: ● يتعذر عليّ تنفيذ X,Y,Z.

●لن أجد حلاً لمشكلاتي الانفعالية.

●يتعين عليَّ الحصول على موافقة والدي.

●لا أستطيع تجنب الأخطاء.

I: ● غير قادرة على إيجاد صداقات مع الرجال (تفكيري حدّي إما أن أخالط أو لا أخالط).

●أبدي اهتماماً كبيراً بإرضاء الناس.

●أشعر بالوحدة والانعزال - أحتاج إلى صداقات، إلا أن الناس يثيرون عندي المتاعب والتوترات.

D: ● أتناول دواء الفاليوم ٥-١٠ ملغم يومياً.

●عندي عادات طعام سيئة.

●التمارين الرياضية دورية وغير منتظمة.

إن هذه الأوصاف والمعلومات الواردة في اللائحة السابقة هي أفكار آنية توصي لنا بأهمية المداخلة العلاجية. فالمعلومات التي كشف عنها استبيان القصة الحياتية والمقابلات البدنية، وجلسات العلاج تزودنا بالمادة الإضافية لوضع بروفيل الأنموذج. فبروفيل الأنموذج طرح تفصيلات أكثر مما عند المريضة من وعي نفسي لمشكلاتها، وحصلت على الكثير من الاستبصارات من علاجها السابق.

ولمزيد من الشرح حول أهمية بروفيل الأنموذج، نورد بروفيل الأنموذج التالي لممرضة عمرها ٢٢ سنة تبدي مشكلات تتجلى «بالمرأة الخجولة مع النسوة»، تتصارع كثيراً مع والدتها، وغالباً ما تعيش الإحباط والاكتئاب. بهذا وصفت مشكلاتها.

B : ● أوقفتُ التدخين .

●بدأت أمارس الرياضة .

●أبتعد خجلاً عن النسوة الجذابات الجميلات .

A : أعيش الاكتئاب والغضب ، والخوف .

S : ● التوتر

●واحمرار الوجه

I : ● أتخيل النسوة تتكلمن من وراء ظهري .

●تخيلات كثيرة تعكس مشاعر الوحدة والعزلة .

●غالباً ما أتخيل والدتي تقول لي : «ترى من أنت» ؟

C : ● أنا لست طيبة .

●النسوة الجميلات يصفنني بالمرأة القبيحة البشعة

●أنا خاسرة .

I : ● أمي تراني بنتاً بعمر ١٠ سنوات .

●بشعة وخجولة مع النسوة الجميلات .

●أصدقائي قلة .

D : أدخن من علبة ونصف إلى ثلاث علب دخان .

لنتكلم الآن كيف بالإمكان الحصول على مادة إضافية ، وكيف يتم تنفيذ ما نسميه بالمعاينات المتصالبة ، والمعاينات الثنائية من خلال الصيغة BASIC ID .

أ ـ معاينة النماذج المختلفة

ذكرنا في الفصل الثالث أن جميع الأعراض التي يبديها المريض هي خاضعة للتحليل الوظيفي وذلك بهدف تحديد :

(١)- المنبهات السابقة .

(٢)- المتحولات الوسيطية العضوية .

(٣)- متغيرات الاستجابة القابلة للملاحظة.

(٤)- النتائج (Kanfer and Saslow 1969)

ويمكننا القول إن الفرد يطرح التساؤلات: ماذا، متى، أين، من هو، كيف. مثلاً: (ماذا حدث مباشرة قبل ظهور المشكلة أو المَرَضْ؟ أين كنت في ذلك الوقت؟ متى لاحظت ذلك لأول مرة؟ مع من كنت في ذلك الوقت؟ كيف كان ردك الأول؟ ماذا فعلت فيما بعد؟ أين ذهبت؟ مع من شاهدت؟ كيف تعاملت مع الموقف؟).

فالتساؤلات: ماذا- أين - متى - من - كيف تثير ردود الفعل الدقيقة والاستجابات التي تقدم لك صورة أوضح للحوادث السابقة، والسلوكيات المستمرة، والنتائج الباقية القائمة. (أحياناً يستعلم الفرد عن «لماذا» إن بعض العوامل ظهرت أو استمرت. ولكن أنموذج الأسئلة لماذا غالباً ما يثير الاستجابات «أنا لا أعرف» أو أنها تقود إلى تبريرات مضلّلة.

في رأي كل من باندلر وغريندر (١٩٧٥) أن الأسئلة من نوع «الماذا» ليس فيها محاسن وذلك عند تقييم المشكلة. فإذا قال المتعالج: «من الضروري أن يتصرف المرء تصرفاً مناسباً أمام الناس».

ومن ثم سأله المعالج «لماذا من الضروري أن يتصرف تصرفاً مناسباً أمام الناس؟» فإن الإجابة قد تكون أحياناً عاكسة لأصداء البروتوكول الاجتماعي والأعراف. أما لو كان السؤال بصيغة «ماذا». «ماذا يحدث إذا ما فشلت في التصرف تصرفاً ملائماً أمام الناس؟» فإن هذا الطرح التساؤلي بكلمة «ماذا» هو الأكثر ملاءمة لإثارة المعلومات الملائمة، إكلينيكيا. والأمثلة التالية شواهد على ما ذهبنا إليه:

المتعالج: يتعين عليّ ألاّ أنخرط انخراطاً عميقاً.

المعالج: ما الذي يحدث إذا ما انخرطت انخراطاً عميقاً؟

المتعالج: لا يستطيع الإنسان أن يحب أكثر من شخص واحد في كل مرة.

المعالج: ماذا يمنعك من أن تحب أكثر من شخص واحد في كل مرة؟

المتعالج : لا يوجد فرد قادر على أن يفهمني .

المعالج : ماذا الذي يمنعهم من ألا يفهموك ؟

وكما ذكرنا في الفصل الثالث، فإن المبالغات والقصورات التي نجدها في محتوى الصيغة BASIC ID يتعين معاينتها بدقة . وأينما يكون ممكناً يتم الحصول على المعلومات الكمية بالنسبة للتكرار ، والشدة ، والمدة (أي عن المشكلة) . وأن السؤال الأساسي الذي يُطرح هنا هو : ما هي الحاجات المراد زيادتها والحاجات المراد إنقاصها ؟

ومن الأهمية بمكان أيضاً الحصول على حقائق نوعية حول ردود الفعل المعاكسة . «متى لا ترد بتلك الطريقة ؟» ووفق أية ظروف تشعر بالثقة بالنفس أكثر من مراقبة الذات ؟ . (متى تكون غير خجول ؟) . إن مثل هذه الأسئلة تدفع بالمريض إلى إظهار قواه وقدراته والتي من خلالها يستطيع المعالج أن يعززها ، ومن ثم يتعلم المتعالج أن يستخدمها في الميادين التي يكون فيها أقل كفاءة وجدارة . (من المناسب أن يخصص المعالج عموداً يسجل فيه نقاط القوى والمصادر) في بروفيلات الأنموذج الخاص بالمرض . ويمكن أن يتم ذلك أيضاً على ورقة منفصلة حيث يُسجل فيها السمات الإيجابية الموجودة عند المريض . في حين يقتصر استخدام البروفيلات على تحديد ميادين المشكلة التي تحتاج إلى معالجة . وعندما يتم تقييم القوى والجوانب الإيجابية عند المريض ، من المفيد الحصول على انطباع عام عن قدرة المريض على ممارسة ضبط الذات والتدبر الذاتي Self- control and self - management (ما هوني ١٩٧٤) وخلاصة الموضوع ، **إن السيطرة على الذات هي مرتبطة ارتباطاً وثيقاً بقدرة الفرد على تحمل الإحباط** . هناك الكثير الذين يؤمنون أن ما يسمى **بعتبة تحمل الإحباط هي فطرية تركيبة عند الإنسان** .

وليكن ذلك كما يقال ، فالتجربة الإكلينيكية أبانت أن المرضى الذين يملكون **سيطرة ضعيفة على نزوعاتهم هم عموماً الأكثر صعوبة في العملية العلاجية.** ومهما يكن من أمر ، هناك دراسات كثيرة تطرقت إلى الطرق النوعية لتعليم

المتعالجين كيفية إنجاز سيطرة أكبر على الذات (غانفر ١٩٧١، ثوريزن ١٩٧٤، واطسون وثارب ١٩٧٢).

ولأهداف التقييم من المفيد تحديد أي من التقنيات النوعية الخاصة بالسيطرة الذاتية تبدو جزءاً من أدوار تكرار الاستجابة عند المتعالج «كيف كنت تتدبر سابقاً في السيطرة على هذا الأمر ؟»، (ما الذي ساعدك ألا ترد بتلك الطريقة ؟).

وفي الوقت الذي نجد اختبارات نوعية واستبيانات خاصة بقياس السيطرة على الذات، فإن التقييم المتعدد الجوانب لا يحتاج إلى فهارس كَمية لمعرفة فيما إذا كان المتعالج يعزو ما يحدث معه بإرجاعه إلى أفعاله أو إلى الحوادث الخارجية. (الأفراد الذين يميلون نحو السيطرة الداخلية يرون الحوادث الإيجابية والسلبية بكونها تنبع من سلوكياتهم، وأنها نتائج أفعالهم، وبصورة عكسية، فإن أولئك الذين يعتبرون الحوادث السلبية أو الإيجابية غير مرتبطة بسلوكياتهم يعتقدون أنها تصدر عن السيطرة الخارجية، وعلى استعداد أن يعزوا مشكلاتهم بكونها خارجة عن نطاق سيطرتهم).

إن اختبار السيطرة الداخلية - الخارجية يتمثل في طرح أسئلة على المتعالج لوصف العوامل المعتبرة من قبله مسؤولة عن مأزقه وورطته الحاليتين.

فالأفراد الذين يرون أنفسهم **بمثابة (ضحايا الظرف) هم عادة تبدو معالجتهم صعبة** أكثر من أولئك الذين يدركون أنهم مسؤولون إلى **حد كبير عن إدارة وسير مشكلاتهم**. وفي الوقت نفسه إن أولئك الذين نسميهم بـ **(الراكسون الداخليون internal reactors) الذين يسندون إلى أنفسهم الذم لأي أمر خاطئ، وينخرطون في عملية كراهية الذات، والتخلي عنها، يصعب معالجتهم بالصعوبة نفسها التي نجدها عند أولئك الذين يسندون الخطأ إلى غيرهم ويرمون مسؤوليته عليهم**.

ونافلة القول من كل ما ذكرناه أن جميع البنود المدرجة في بروفيل الأنموذج يتم معاينتها بالنسبة **للمنبهات السابقة، والمتحولات العضوية ومتغيرات الاستجابة، والنتائج**. ويتعين على المعالج أن يعرف من المتعالج ما هي الرغبات

والحاجات المراد إثراؤها وزيادتها والأخرى المراد إضعافها وإنقاصها، إضافة إلى محاولات فصل المبالغات والإفراط في العجز. ويتعين تحريض ردود الفعل المعاكسة، والتعرف على نقاط القوة، ومصادر المريض الشخصية.

ومن المناسب هنا توضيح الخطوات السالفة الذكر بالكلام بمزيد من التفصيل عن البندين الأوليين عن الفتاة (٣٣ سنة) الواردين في بروفيل الأنموذج الذي ذكرنا تفاصيله أي التسويف، والشراهة نحو الطعام.

(١) ـ التسويف والمماطلة:

ماذا تعني هذه المرأة بالمماطلة؟ متى بدأت تنتهج هذا السلوك؟ ما هي الأمثلة النوعية عن مماطلتها؟ ما تأثير ذلك على مشاعرها، وأفكارها، وتخيلاتها؟ هل مماطلتها مرتبطة بالأشخاص الآخرين؟ إذا كان الأمر كذلك كيف يؤثر هذا السلوك على علاقاتها؟ ما هي النتائج الرئيسية التي ترتبت عن مماطلتها؟ ما هي الفوائد التي تحصل عليها من ذلك؟ بأي ظروف لا تسلك مسلك المماطلة؟ هل تعزى مماطلتها إلى الحوادث الداخلية أو الخارجية؟

(٢) ـ الشراهة وعادات الطعام السيئة

لنوضح هذا الموضوع من خلال حوار بين المعالج والمتعالجة.

المعالج: هل تخبرينني ماذا تعني بالشراهة؟

المتعالجة: اندفع كالمجنونة لآكل كل شيء يقع في يدي.

المعالج: هل هذه النوبة الشرهة تحدث لك مرة في الشهر أو مرتين في الأسبوع، أو ثلاث مرات يومياً؟

المتعالجة: ثلاث مرات في الأسبوع.

المعالج: متى حدث لك ذلك؟

المتعالجة: منذ عدة سنوات خلت.

المعالج: ما هو السبب؟

المتعالجة: صديقي بيل. أتذكر أنني كنت في حالة جيدة بالنسبة لوزني عندما اتصلت مع بيل، ولكن عندما تركته، التفت إلى الطعام.

المعالج: ماذا تأكلين عندما تنتابك نوبة الشراهة؟

المتعالجة: أتناول علبتين من الشوكولاته، ووقية بوظة، وكامل علبة سكاكر، إضافة إلى المكسرات بالزبدة، وكل ما يقع على يدي من الطعام الدسم، وفي بعض الأحيان أتناول نصف قالب كاتو مع الكريمة.

المعالج: كيف بإمكانك أن تسيطري على ذاتك بعد تناول القليل من الشوكولاته والكاتو، في حين لا تستطيعين ذلك في أوقات أخرى؟

المتعالجة: إن هذا يتوقف على ما أخططه. معظم شرهي يكون في الليل. فإذا صدف وشعرت بانخفاض المزاج يتعين عليّ ألا أخطط حيث أتحسر على نفسي، فأستمر باجترار الطعام حتى أصل إلى الانفجار ومن ثم أتقيأ. أما إذا كنت في مزاج جيد، وكان هناك ما أتطلع إليه، إما لا أمضي في تناول الطعام، أو أقرر الاستمرار في الطعام حتى نقطة ما.

المعالج: إن هذا إذن يرتبط بمزاجك، ومستوى نشاطك.

المتعالجة: أيضاً يرتبط ذلك بدرجة التوتر الذي أشعر به. والحق يقال عندما أتصل جنسياً أو أكون وسط شرهين مثلي كلاهما يضعفان من توتري النفسي. وأيضاً عندما يعمد والدي إلى تقريعي فألجأ إلى الطعام والإقبال عليه.

المعالج: هل سبق أن انحطت مشاعرك ومزاجك، وتعرضتِ لنقد والدك ومع ذلك لم تقرري اللجوء إلى الطعام؟

المتعالجة: أجل، عندما كان لديّ برنامج طعام دقيق، وأمارس الرياضة بانتظام، وحظي جيد من العلاقات الجنسية والصداقية مع رجل، هنا أستطيع الامتناع عن الإقبال على الطعام.

المعالج: كيف تتمكنين من ضبط نفسك نحو الطعام؟

المتعالجة: عندما أتبع حمية طعام دقيقة لا يكون لدي فائض من الطعام في

البيت. كذلك عندما أمارس الرياضة.

المعالج: خلال الأسابيع القليلة القادمة هل يمكنك إعداد لائحة خاصة تكتبين فيها التالي: الموقف الذي أثار إقبالك نحو الطعام - التكرار - الشدة - المدة - النتيجة.

تحت بند الموقف الذي أثار إقبالك نحو الطعام لاحظي ما الذي سبب لك تحريض شرهك نحو الطعام. في بند التكرار اذكري عدد المرات خلال أسبوعين، اعترتك نوبة الشراهة. في بند الشدة حددي رقمياً الشدة (١)، أو (٢) درجة خفيفة (٣) درجة متوسطة (٤) أو (٥) درجة شديدة. في بند المدة، حددي مدة الشراهة. في بند النتيجة، اذكري إذا كنت مرتاحة أو تشعرين بالإثم أو أية عاطفة أخرى صاحبت الشراهة.

سأكتب لك هذه النقاط وما عليك سوى رصد ما ذكرته لك.

المتعالجة: بكل تأكيد.

المعالج: لقد ذكرتِ أن لديك عادات طعام سيئة، ماذا تقصدين بالضبط من ذلك؟

المتعالجة: أتناول خليطاً من الطعام من وقت إلى آخر. أكل مخروط بوظة، أتْبعه بأكل سكاكر أو غيره من الحلويات.

المعالج: ما هي عدد المرات (هنا نعود إلى ما سبق وذكرناه من حيث الموقف، والشدة، والتكرار... الخ).

إن التعرف على التفاصيل، وفق ما ذكرناه، يمكّن المعالج من فهم الدور الوظيفي الذي تم لعبه في كل بند من بنود البروفيل الأنموذج، وخلال متابعة هذا المسار من الاستعلام، فإن المعالج يحصل أيضاً على الأمور الغامضة من أجل اختيار أفضل التقنيات العلاجية المفيدة. فمثلاً بالنسبة لنوبات الشراهة نحو الطعام يتحتم علينا أن نختار استراتيجيات متعددة التي تعلم المتعالجة كيف تضعف مستويات التوتر العامة **(التدريب على الاسترخاء، التنويم الذاتي Self- hypnosis، التأمل Meditation، التغذية البيولوجية الراجعة، التريض المنتظم، والتخيلات الإيجابية السارة، تلك هي أفضل الطرق المعروفة لإضعاف التوتر).**

كما يتعين على المريضة ألاّ تخزّن في بيتها الأنواع المختلفة من الأطعمة التي تغريها دوماً بتناولها، أي بتعبير آخر أن تتعلم السيطرة على المنبه أو المثير لشراهتها. وعليها أن تتعلم الاستفادة من أساليب السيطرة على المثير أو المنبه. ولعل التكنيك الواضح المناسب لها هو أن تنخرط في نشاطات متعاكسة متضاربة مع نوبات الشره نحو الطعام. وفضلاً عن ذلك إن العلاقات القائمة بين الأب والبنت تستأهل المزيد من الاستقصاء والتحري كيما يقودنا في نهاية المطاف إلى إزالة تحسسها من النقد الوالدية. إن هناك تقنيات علاجية متنوعة في هذا الميدان موجودة في الفصل الثامن من هذا الكتاب، إلا أن هناك يمكن أن نذكر أن انتقاء الاستراتيجية الخاصة يفترض أن يتم بالتعاون مع الزبون المتعالج. ويمكن أن نصف في هذا الصدد الطرق المضعفة للتوتر حيث نطلب من المتعالج أن ينتقي منها التي تبدو أكثر جذباً له.

وعادة (الكلام للمؤلف) أصف الطرق المختلفة المضعفة للتوتر وأطلب من المتعالج أن يختار منها ما يراه أكثر جذباً وملاءمة بالنسبة إليه.

وعموماً كلما كانت معرفة المعالج بالمتعالج عميقة ودقيقة كان التنبؤ أكثر سهولة بالتقنيات، والطرق، والاستراتيجيات الملائمة لها والأكثر نجاعة وفائدة. فهناك كتب لا تحصى (هرنس، بلاّك ١٩٧٦، ترال ١٩٧٦) تناولت التقييم السلوكي إضافة إلى العديد من المجلات (مجلة تقييم السلوك، ومجلة التقيم والتحليل السلوكي) التي تنشر المواضيع والأبحاث في هذا الميدان. وعلى هذا فإن أسلوب BASIC ID يتميز بعناصره المتفاعلة التي تقدم المعلومات الكمية والنوعية حول الوظيفة الإنسانية، إضافة إلى علاج نوعي وشامل لاضطراب الوظيفة النفسية.

ب ـ الحصول على الترتيب الثاني لأسلوب *BASIC ID*

هناك بعض السمات المتميزة للطريقة المتعددة الأساليب يجدر هنا ذكرها:

(١)- التعرف على شخصية الإنسان من خلال تطبيق أسلوب BASIC ID .

(٢)- الإدراك أن كل أنموذج من هذه المعادلة (الأسلوب) يؤثر ويتأثر بدوره بكل أنموذج من النماذج الستة المؤلفة للمعادلة المذكورة الباقية .

(٣)- الاعتقاد أن التقويم الدقيق (التشخيص الكامل) يحتاج إلى تثمين نموذجي لكل نموذج من نماذج BASIC ID . وتفاعلات بين النماذج السبعة للمعادلة BASIC ID .

(٤)- والنظرة التي ترى أن العلاج الشمولي **يستدعي التصحيح النوعي لكل مشكلة من خلال المعادلة BASIC ID .**

ولا مراء أن كثيراً ممن يلتمسون العلاج يهدفون الحصول على بعض الاستنارة ، والدعم العاطفي ، والمداخلة العلاجية الخاصة بالأزمة النفسية ، أو العون الفوري إزاء مشكلات موقفية SITUATIONAL . **ففي مثل هذه الحالات يبدو التقويم المتعدد الأنموذج Multimodal التام غير ضروري وغير قابل للتطبيق .** ومع ذلك فإن التقويم السطحي لمعادلة المريض BASIC ID غالباً ما تكون مفيدة ، وحتى في مواقف ردود الفعل الموقفية العنيفة الحادة .

إن ما ذكرناه يقع ضمن تصنيف ما يسمى بـ «تحليل المحتوى» للمعادلة BASIC ID . إذ بعد إدارة مقابلتين أو ثلاث ، وإملاء استبيان القصة الحياتية (انظر الملحق رقم ١) ، حينئذ يكون المعالج في وضعية تمكنه لإنشاء بروفيل الأنموذج Modality profile إما بمساعدة المريض أو بدونه .

يتعين علينا الآن أن نتذكر أن المريض شوهد من قبل المعالجين خارج أسوار المراكز الطبية (إن التقرب العلاجي المتعدد الأوجه الخاص بالأولاد ، والمراهقين ، ومرضى المشافي عالجناه في الفصل العاشر من هذا الكتاب) .

لندع الآن جانباً الأفراد الذين يبدون شكوكاً أو عدم مطاوعة وتعاون . إذ حتى أولئك الذين أفضل نزوعاً نحو التعاون ومتحمسون نحو المعالجة نجد عندهم ثغرات في المعرفة الذاتية ويجهلون الأوجه المتعددة لمعادلتهم BASIC ID .

ولا مراء أن جزءاً من هدف المعالجة هو الكشف عن بعض العوامل غير المنظورة التي تدخل ضمن نطاق تصنيف أو أكثر للمعادلة BASIC ID (شكل واحد من الاستبصار) . وغالباً ما نجد أنه ما إن يصاحب العلاج إحراز التقدم حتى يطرح المتعالجون أنماطاً من ملاحظات تبدو على الصورة التالية : «لم أكن أدرك حق الإدراك مقدار تأثير أخي على قراراتي الخاصة بالعمل ، والتي ما تزال تسيّر حياتي . لنضيف ذلك إلى لائحة العوامل البيشخصية» . «بدأت أرى كيف أنني بسرعة أتخيل ذاتي بالشخص الخاسر ، وهذا ما يجب أن يُضاف إلى البنود الأخرى تحت تصنيف التخيل) . (كانت تنتابني الكوابيس الليلية المرعبة وأستيقظ وأنا مغمور بالعرق البارد . فهل هذا يندرج في إطار التخيل أو الإحساس ؟) . وبالطبع إن التقييم والمعالجة هما متبادلان ومستمران .

إن معادلة BASIC ID أو بروفيل الأنموذج يطرحان النظرة بالعين المجردة «للشخصية» . فمن خلال قراءة البنود المختلفة للبروفيل الأنموذج وبالتالي محاولة تقييم تأثيراته التفاعلية فإننا نحصل على قدر مناسب من المشكلات البيشخصية ومتحولاتها الباقية . ومن خلال الأخذ بالترتيب الثاني للمعادلة BASIC ID فإن أي بند من بروفيل الأنموذج الأولي يمكن أن يتم تضخيمه أو يُعاين بتفاصيل أكبر . ولتوضيح هذا الأمر نجد مثلاً ، أن (الصداع التوتري) Tension headacke يندرج في بروفيل أنموذج المريض في بند الأنموذج الحسي Sensory Modality . إن التدريب على الاسترخاء والتغذية البيولوجية الراجعة Biofeedback تم تطبيقها بنجاح متواضع .

(إن منهجنا يقوم على أساس علاج المشكلات أولاً بالأساليب الأكثر منطقية ووضوحاً ، وإذا ما فشلت هذه الأساليب في علاج الموقف ، يتم إعادة تقييم الموقف العلاجي ، أي الأخذ بالترتيب الثاني للمعادلة السالفة الذكر) . فالترتيب الثاني للمعادلة BASIC ID يحوي على مزيد من الاستعلام المفصل لأي بند في البروفيل الأنموذج الأولي فيما يخص **السلوك، والعاطفة، والإحساس، والتخيل،**

والمعرفية (التفكير) والعوامل البيشخصية Interpersonal، والأدوية ، والنواحي البيولوجية.

فعندما تعاني من الصداع التوتري، ماذا تفعل عادة؟ كيف يؤثر على سلوكياتك؟ ما نوع الانفعالات التي تعاني منها عندما ينتابك هذا النوع من الصداع؟ هل باستطاعتك أن تصف لي نوع الألم ومكانه؟ عدا هذا الألم في رأسك، ما هو الإحساس الآخر الذي تشعر به عند الألم؟ هل هناك صور أو تخيلات أو أفكار تتراءى في ذهنك عندما ينتابك الصداع الشديد؟ ما نوع الأفكار التي تهيمن على ذهنك عندما يجتاحك الصداع التوتري الشديد؟ كيف يعطل الصداع تعاملك مع بقية الناس؟ هل سبق وتناولت أدوية غير التي ذكرتها؟ هل هناك ارتكاسات عضوية تحدث لك مثل الإقياء والأرق.

الترتيب الثاني لمعادلة BASIC ID للصداع التوتري

B : الانسحاب

التوقف عن العمل

الاستلقاء في غرفة مظلمة

A : قلق

مكروب

S : الرأس ينبض، العينان مؤلمتان

الألم يشع حتى الرقبة

يوجد رجفة داخلية

I : يحاول أن يتخيل مناظر سارة وإرخاء العضلات.

تتراءى صور غامضة تعود إلى الماضي بالإصابة بالحمى القرمزية خلال الطفولة.

C : ماذا لو كان سبب الألم ورماً دماغياً؟

«يجب أن أسترخي».

I : يرفض الانخراط في العلاقات الاجتماعية.

يميل إلى أن يكون مزاجه متهيجاً أو عصبياً.

D: نادراً ما يلجأ إلى تناول دواء EXCEDRIN ولكن يأخذ الكودئين والمرخيات العضلية عندما يكون الألم شديداً.

إن الترتيب الثاني لمعادلة BASIC ID غالباً ما يلقي الضوء على تلك العوامل التي تجنح إلى دعم المشكلة النوعية التي هي تحت المعاينة والتمحيص. إن درجة إشباع الرغبة الذاتي، والأفكار الكارثية المسببة لمزيد من التوتر والقلق، والضوابط البيشخصية هي من بعض البنود التي تطرح تعقيداً مختلفاً، ومعنى للصداع التوتري عند المريض.

هل هناك ارتباط بين الصداع التوتري والطفولة بالنسبة للحمى القرمزية؟ هل هناك أي حديث أثير حول التهاب الدماغ؟ هل المريض يتلقى إشباعاً غير مناسب لرغبته أحياناً؟ هل الصداع التوتري دوماً يستخدم بدلاً من الاستجابات التأكيدية؟.

إن الإجابات على تلك التساؤلات السالفة الذكر تلقي ظلاً مختلفاً تماماً على الأهمية الوظيفية للصداع التوتري وتبين لنا لماذا الاسترخاء والتغذية البيولوجية الراجعة في تحقيق التحسن المنشود. وأخيراً فإن الترتيب الثاني للمعادلة BASIC ID يمكن أن يشير إلى أنماط البدائل للمعالجة التي تبدو أكثر احتمالاً في الوصول إلى النجاح.

من هنا يبدو لنا واضحاً أن التقييم المتعدد **الأساليب أو الأوجه له سمات وحيدة ينفرد بها عن غيره من الأساليب التعليمية وذلك بمعادلته BASIC ID وبالترتيب الثاني لهذه المعادلة في العملية التحليلية.**

وأن مثل هذا التقييم لا يمنع من الاستعانة بالاختبارات المعيّرة وغيرها من أدوات القياس النفسي عندما يتطلب الأمر. فمثلاً إن استخدام الاختبارات الإسقاطية Projective قد يزيد من فهم المريض للنموذج التخيلي، كما وأن الأخذ باختبارات الذكاء المعيارية الشائعة الاستعمال (وبخاصة عند الأطفال) قد يزيد من تقدير القصورات المعرفية النوعية. ثم إن المقاييس المختلفة (للعضوية) أو للتعرف

على الأذيات الدماغية، وأيضاً اختبار توافق العين واليـد eye – hand coordination، واختبارات القابليات aptitudes، والقدرات الخاصة، هذه المقـاييس جميعهـا يمكـن استخدامها بنتائج مفيدة عند الأفـراد المختـارين. كذلـك فـإن لوائـح الأسئلة الـتي تتضمن التعرف على الأهداف المختلفة Checklists والوظائف؛ مثل سلوك الأطفال في الصف (O`leary 1971)، سلوكيات الزوجـة - والـزوج في البيـت (Carter 1973)، والتفاعل الكائن بين الولد والراشد (Wahler 1975)، والمهارات نحـو الجنـس الآخـر (Barlow, yaung 1977). كلها تبدو مفيدة التطبيق والاستخدام.

وعندما تدخل الشكوك والريبة في مصداقية وصحة ودقة تقيماتنـا، لا بـد لنـا من الاستعانة بالملاحظة (في البيئـات الطبيعيـة، وأيضـاً في البيئـات المركبـة مثـل التصوير بالفيديو لزوجين يحاولان حـل صـراع وخصـام). في عـلاج الصعوبـات الجنسية فإن الملاحظة المختلطة والتقييم النفسي - الفيزيولوجي (Kopel 1978) لهـا قيمة لا تنكر.

وبـالطبع لا توجـد فسـحة في هـذا الكتـاب لنفصّـل تلـك الاختبـارات الـتي ذكرناها.

ويبدو أنه حان الوقت لنتكلم عن الجوانب التفاعليـة في المعادلـة BASIC ID، ونبرهن كيف أن بإمكاننا الاستعاضة عن التخمينات والافتراضـات بعمليـات صنـع القرار أي مثل:

١-التعرف على المشكلات الرئيسية والثانوية.

٢-إيضاح الأهداف.

٣-انتقاء التقنيات المناسبة وتطبيقها.

الفصل الخامس

تحديد التفاعلات القائمة في الصيغة BASIC ID

مريض أفاد أنه «يعاني من نوبات قلق»

ترى ماذا يفعل المعالج الذي يأخذ بالعلاج المتعدد الأوجه أمام حالة هذا المريض؟ قد يسبر الأنموذج الحسي Sensory Modality كيما يقف بدقة على ماذا يعني هذا المريض «بنوبات القلق» ومفهومه لها. فالمتلازمات والمصاحبات الحسية المتنوعة تقدم للمعالج المفاتيح الهامة للتشخيص التفريقي. ولكن لا بد أولاً من نفي وجود آفة عضوية أو اضطرابات عضوية. وهذه ناحية مهمة جداً كثيراً ما يغفلها المعالج غير المتمرس. إذ إن كثيراً من نوبات القلق مصدرها اضطراب بيوكيميائي.

إن المريض الذي يتظاهر (القلق) عنده بخفقان القلب، والضربات القلبية الهاجرة (خوارج انقباض قلبية Extra systoles)، وآلام صدر، وزلة تنفسية (ضيق تنفس) فإن هذا المريض يعاني من فرط تهوية رئوية مزمن Chronic hyperventilation (LUM 1976). وأن مثل هذا التشخيص لا يأتي إلا بعد نفي وجود اعتلال قلبي. ثم إن المصاحبات الحسية التي تترافق مع القلق: جفاف الفم، تسرع قلبي جيبي، تعرق، الشعور بفراغ الرأس وخفته، اضطراب في المعدة، وحس بالرجفة الداخلية، هذه الأعراض التي نسميها (بالعصبية) قد تكون نتيجة إصابة بخماج خفيف الشدة (إنتان Infection)، أو علامات فرط الدرق، أو أعراض العديد من الاضطرابات العضوية. هنا كيف بإمكان التقرب المتعدد الأساليب يقرر فيما إذا كان الأنموذج البيولوجي في الصيغة أي D هو الأولي أو الثانوي في القلق ومصاحباته العضوية؟

يمكن اعتبار مشكلة القلق نفسية فقط عندما تكون المؤشرات القاطعة تبدو في سلوكيات المريض، واستجاباته الانفعالية، والإحساسات، والتخيلات، والأفكار، وفي تعاملاته البيشخصية، نقول هذه المؤشرات تكشف الأنماط الملائمة بالنسبة للسوابق

المرضية ونتائج الاستجابة، وبكلمة أخرى عندما يتحرى المعالج المشكلة بالأخذ بالصيغة BASIC ID، فإن العوامل العضوية (أنموذج D) لا بد من معاينتها بدقة.

وإن القصة التالية تضع النقاط على الحروف، وتوضح القصد.

امرأة عمرها ٤٢ سنة تشكو من «عصبية مزمنة»:

المعالج: هل بإمكانك أن تصفي لي بدقة كيف تبدو لك هذه العصبية وتشعرين بها؟

المريضة: أشعر متحفزة، والأشياء في داخلي ترتجف معظم الوقت، وبصعوبة أجلس في مكان واحد، أشعر برغبة في التحرك دوماً (بدت المريضة متوترة ومفرطة الحركة).

المعالج: منذ متى تشعرين بمثل هذه العصبية؟

المريضة: تزايدت سوءاً خلال الأسابيع الثلاثة الماضية.

المعالج: هل هناك تغير حدث في حياتك خلال الأسابيع أو الأشهر الماضية؟

المريضة: ابنتي الصغيرة التحقت بالكلية منذ حوالي شهر، لا أدري فيما إذا أنا امرأة قلقة أعاني من «عش فارغ».

المعالج: ماذا تستخلصين من هذا الأمر؟

المريضة: هل تسمح لي أن أطوف في الغرفة؟ إن الجلوس ومن ثم الكلام يثيران أعصابي ويجعلاني غير مستقرة.

المعالج: افعلي ما شئت.

المريضة: (تزرع الغرفة ذهاباً وإياباً) بماذا كنا نتكلم؟ تذكرت، عن ابنتي. لا لست من النوع المتعلق بالولد، ولكن عندما تشعر أنك مكروب فإنك تبدأ بالتفتيش عن جميع أنواع الأسباب. لقد عدت إلى الدراسة ثانية، والتحقت ببرنامج على مستوى ماجستير في العمل الاجتماعي، ويبدو لي أن هذا هو سبب قلقي. الحق أنا لا أعرف. أنظر كيف أبدو مضطربة. لا أستطيع أن أجلس على مقعد الدرس.

المعالج : هل سبق وعانيت مثل هذه المشاعر في الماضي ؟

المريضة : أجل بكل تأكيد . تتواتر علي العصبية من حين إلى آخر ، من لا ينتابه مثل ذلك ؟ ولكن أبداً ليس على شاكلتي . حاولت الاسترخاء ، وأختي أعطتني دواءً مهدئاً ، ولكن لم يسعفني شيئاً . وبهذه المناسبة شرحت أمري إلى قريب لي وهو طبيب نفسي ، وقد أشار إليّ أَن ألجأ إلى هذا السلوك للتعبير عن الغضب إزاء زوجي .

المعالج : هل أنت منزعجة من زوجك ؟

المريضة : لا بد أن يكون ذلك مترسخاً في لا شعوري . فأنا أنزعج منه من حين إلى آخر .

(بعد أقل من دقيقتين من المحادثة معها ، اتضح للمعالج أن المريضة ما لم تخفي أو تشوه العديد من العوامل فإن هناك شيئاً يمكن ربحه من خلال المزيد من الاستقصاء بالنماذج للصيغة BASIC ID، لذا فقد استخدم الأنموذج D) .

المعالج : هل تستخدمين أدوية ؟

المريضة : لدي ارتفاع ضغط شرياني خفيف ، فيه عامل إرثي . والدتي ووالدي لديهما ارتفاع ضغط شرياني وأيضاً أخي ، وضعني طبيبي على دواء خافض للضغط لمدة ستة الأشهر الماضية .

المعالج : هل وصف لك الطبيب دواء مختلفاً في الشهر الماضي .

المريضة : أتناول حبة مدر للبول يومياً .

المعالج : هل سبق وتحادثتِ مع طبيبك عن عدم الاستقرار النفسي هذا؟ وهل عنده علم بذلك ؟

المريضة : كلا فهو لا يلم بالعلوم النفسية ، فهو محض طبيب داخلي جيد من المدرسة القديمة في الطب ، وأعتقد أنك تعرف ماذا أعني .

لقد قرأتُ عن التغذية البيولوجية الراجعة . هل تستخدم هذا الأسلوب ؟

المعالج : دعيني أشاركك في التفكير . الذي تكلمت عنه لا يرتبط كله بالأمور

النفسية، طبعاً أي واحد يستطيع أن يجعل في حالتك أموراً نفسية من خلال الاستدلال بجميع أنواع القوى النفسية الديناميكية اللاشعورية، إنني أرى فيك امرأة تعاني من أنواع من القلق (الطبيعية) عدا الأسابيع الماضية القليلة حيث ظهرت عليك علائم عدم الاستقرار النفسي، والشعور بضيق الصدر وفرط الحساسية. إنني لا أرى تفسيراً نفسياً واضحاً، كما وهناك تفسيرات طبية في بعض الأحيان لهذا النوع من التعرض، لذا أعتقد أنه يترتب عليك الرجوع إلى طبيبك كيما يعمد إلى إجراء فحص تام.

ففي بعض الأحيان قد يكون سبب هذا الاضطراب اختلال في شوارد البدن Electrolyte بسبب تعاطيها المدرات البولية الخافضة للضغط الشرياني.

فإذا كنا في التوجه الصحيح، ووافق طبيبك على ذلك، أرى أن اتباع دورة في تعلم تقنية التأمل Meditation قد تعيد ضغطك الشرياني إلى حالته السوية بدون تناول الدواء.

وبالفعل عمدت المريضة إلى استشارة طبيبها الذي أجرى لها فحوصاً دموية، فأوقفها عن تناول الدواء المدر، ووصف لها دواء البوتاسيوم، بسبب ظهور عوز له سبّب لها هذه (العصبية المزمنة)، فتراجع عدم الاستقرار النفسي، واختفت (العصبية) خلال عدة أيام بعد تناول البوتاسيوم.

تلقت المريضة دورة في التأمل السريري (Carring 1977) حيث لم تعد تشعر بالقلق، ولا بالضغط الشرياني خلال السنتين الماضيتين.

تلك هي حالة نذكرها للقارئ لنجد كيف استخدمنا الصيغة BASIC ID بسرعة والدخول مباشرة في بعض بنودها. فتصور الحالة وإدراكها جيداً تسهل التشخيص والعلاج. ففي الحالات الأقل وضوحاً تحتاج وقتاً أكثر في السبر والكشف في تشعبات نماذج الصيغة BASIC ID قبل الوصول إلى أن العوامل العضوية هي الفاعلة في الاضطراب النفسي. والحق يقال فإن أية شكوى سوماتية (بدنية) تستدعي نفي القضايا الطبية قبل المباشرة بالنظر بالعامل النفسي وتطبيق الصيغة BASIC ID.

والآن يُحسن أن نتكلم بمزيد من التفصيل لنر كيف أن التقييم المتعدد الأساليب أو الأوجه يبحث ويفتش عن السمات التفاعلية التي تخلق «المشكلات الانفعالية».

أولاً ـ لنتساءل ما هو الانفعال أو العاطفة؟

تكلمنا في الفصل الأول عن النظرة المتعددة الأساليب التي تقول: إن ردود الفعل الانفعالية هي وظيفة التفاعل القائم بين النماذج الستة الأخرى - السلوك، الإحساس، التخيل، التفكير، العمليات البيشخصية، والعوامل البيولوجية.

وأفادنا وولفولك Woolfolk (١٩٧٦) في مراجعاته لعدة دراسات تجريبية المتعلقة بالانفعال أن هذا الأخير يمكن **النظر إليه كتظاهرة لتفاعلات تتم بين النماذج الأخرى، ولكن أيضاً كجهاز استجابة منفصل قائم بذاته (أي ازدواجية الفعل)**.

(فالعاطفة)، أو الانفعال يمكن أن يتم التعامل معها تعاملاً غير مباشر. فإذا ما طلب منك أن تتعامل نوعياً ومباشراً مع السلوك، فبإمكانك أن تظهر على التو كيف يكون العمل ورد الفعل، وما يترتب عليك أن تفعل، وماذا تقول، وهلم جرا...

فالأنموذج الحسي هو مفتوح للمداخلة المباشرة في كل المجالات. فأنت ترى الشيء، وتسمعه، وتتذوقه، وتشمه، وتشعر به. ويمكن القول: إن المداخلات المباشرة والنوعية في الأنموذج البيشخصي هي الأساس في مثل هذه الطرق، مثل لعب الدور Role Playing، والتقليد ومحاكاة أنموذج Modeling.

أما الأنموذج البيولوجي فهو طبعاً يتأثر مباشرة بالأدوية، والجراحة، التي تتعامل مع الجسم.

إن السؤال المطروح الآن هو كيف باستطاعة فرد أن يتعامل مباشرة مع العواطف والانفعالات؟ (أثير الانفعالات مباشرة بجعل الأفراد يصرخون بينما أضرب بيدي على وسادات مصنوعة من المواد اللدنة الإسفنجية). هذا ما قاله معالج نفسي. إن هذا غير صحيح، إنه يثير الانفعالات عن طريق السلوكيات (فالصراخ وضرب الوسادات ليست انفعالات) **ومن خلال توليد الإحساسات والتخيلات**. وحتى لو أن فرداً أثار الانفعالات من خلال زرع الأقطاب الكهربائية

في الدماغ، فإنه يظل في هذه الحالة يستخدم الوسائل البيولوجية المباشرة لإثارة السلوكية (أي ردود فعل الغضب). ففي مفهوم النظرية المتعددة الأوجه التي نحن بصددها يتولد الانفعال ويتخلد نتاجه بواسطة التفاعل القائم بين العمليات البيولوجية، والتخيلات المستمرة، والأفكار أو المدركات التي تولد المصاحبات الحسية وأنواع السلوكيات. وأن أكثر العوامل الباقية تعتمد على الارتدادات البيشخصية (الانتباه أو العقاب من الأشخاص الآخرين الهامين).

إن النظرة التي تقول إن الاستجابات العاطفية تتضمن **السلوكيات، والإحساسات، والتخيلات، والأفكار** التي غالباً ما تتمحور حول التعاملات البيشخصية - وكلها تتوقف على الأساس البيولوجي - لها تأثيراتها المباشرة والنوعية على القرارات العلاجية.

عند التعامل مع أي اضطراب انفعالي سيعمد المعالج المختص بالعلاج المتعدد الأوجه إلى سبر كل أنموذج من النماذج الستة الذي يندمج (بالعاطفة) وذلك لتحديد بدقة ما هي النماذج Modalities التي تلعب دوراً أساسياً في أية حالة.

لقد شوهدت الكثير من حالات القلق المنتشر المعمم عولجت معالجة بأنموذج واحد. **هناك مرضى أعطوا المهدئات، أو نصحوا بالتدريب على التأمل Medelation - أو ممارسة الاسترخاء المتصاعد**. ومرة ثانية نقول تُعد النظرية المتعددة الأوجه شمولية لأنها تأخذ بعين الاعتبار جميع ردود الفعل العاطفية كنتاج للمنبهات والاستجابات ضمن، وبين، ووسط النماذج B. S. I. C. I والنموذج D. **أما الاسترخاء، والتأمل، والتهدئة، فلا يتوقع من هذه التقنيات علاج القصورات السلوكية وعجزها**، وأيضاً **التخيلات السلبية، والأفكار الخاطئة، أو الأدوار البيشخصية التي تكرس وتبقي الانفعالات اللاتكيفية**.

وحتى في معالجة الاضطرابات العاطفية الثنائية القطب (أي الذهان الاكتئابي - الهوسي) حيث يُعد دواء الليثيوم العلاج المُختار، فإن المعالج الذي يأخذ بالعلاج المتعدد الأوجه لا بد له من أن ينفي وجود **الأفكار السلبية، والإحساسات،**

والانفعالات، والتخيلات، وردود الفعل البيشخصية التي تحول دون أخذ الدواء المذكور. وفيما بعد، فإن تأثير تناول الليثيوم (وهو دواء كيمياوي مميت فيه تأثيرات جانبية غير مرغوبة) يمكن تتبعه من خلال تطبيق الصيغة BASIC ID.

١ - تتبع الصيغة BASIC ID أو التكلم بلغة المريض

بدون الالتزام بنظريات سمات الشخصية المتزمتة، أو بعلوم أنماط الشخصية، فإن الأفراد يميلون إلى إعطاء القيمة، والاعتماد، واستخدام بعض النماذج أكثر من غيرها. فمثلاً إن بعض المعالجين يتعاملون مع المشكلات المعرفية (التفكيرية)، بينما نجد آخرين يميلون نحو التعامل مع الحلول العاطفية (مشاعر الإثم). «فالحالمون العاطفيون» (أي أولئك الذين عندهم ولع بالعاطفة والتخيل) يتمتعون بالنوعية المختلفة للتفاعل البيشخصي من «المفكرين» -أي الذين يستعذبون الفكر-.

إن هؤلاء ليسوا تصانيف مطلقة يوجهون كل المواقف ويبقون ثابتين على كر الزمن. هناك أفراد يُظهرون نزوعاً متميزاً وملائماً لنماذج نوعية تحت ظروف يمكن التنبؤ بها، ولتوضيح الأمر لنا الأمثلة التالية:

المتعالجة: كان لي حوار مفزع مع زوجي هذا الصباح.

المعالج: هل بإمكانك أن تسردي لي تفاصيله؟

المتعالجة: اعتراني الجنون. أشعر وكأنه موجود في أمعائي. إنني ما زلت أرتعد وأرتجف من هذا الحوار. رأسي ينبض توتراً، وأعضاء جسدي كلها تكاد تتفجر.

قارن الاستجابة السابقة مع التالية:

المتعالجة: ما زلت أتصور وجهه، أحمر مثل الشوندر. عيناه تبدوان وكأنهما ستخرجان من جوفهما. أمسك خصلة من شعره المجعد مثل الطفل الذي على وشك أن يبكي ويصرخ.

الآن لننظر في استجابة أخرى.

المتعالجة: إن المشكلة في زوجي بيتر Peter إنه يناقش منطلقاً من افتراضات خاطئة. عدا عن القياسات المنطقية التي تثير غيظي وحنقي، فإن معظم استنتاجاته

لا تخرج عن مغالطات خاطئة بمنطق بدائي. وبكلمات أخرى لا يستطيع أحد أن يصل إلى نتائج مرضية بسبب القصور القاتل في تفكيره المنطقي. فاستنتاجاته هي جزء من افتراضاته الأصلية الخاطئة.

إن المثال الذي ضربناه، أي كلامها الأول يمثل **ارتكاساً حسياً** أما الكلام الثاني **فهو ارتكاس تخيلي**، والكلام الثالث هو ارتكاس معرفي (تفكيري).

إن الخطأ الرئيسي الذي قد يرتكبه المعالج المبتدئ في هذا النوع من العلاج أو المتدرب هو تقديم أنموذجاً مختلفاً عن الأنموذج الذي يطرحه المتعالج. وهكذا، فإن المعالج الذي يستجيب إلى أي من تلك النتاجات الثلاث ولنقل مثلاً «دعنا نحاول لعب الدور كيما نرى إذا كان في مقدورنا الوصول إلى المشكلة» (وهذه مداخلة سلوكية) وهذا ما قد يصادف مقاومة من جانب المتعالج، فإن الخبرات السريرية (الإكلينيكية) توضح أنه من الأهمية بمكان أن يلائم المعالج أنموذجه بما يتفق وما يطرحه المتعالج. فالاستجابة إلى «رد الفعل الحسي» قد يقول المعالج التالي: «أخبرني الطريقة التي يشعر بها بدنك الآن». أما «رد الفعل التخيلي» فيكون طلب المعالج: «تخيل ذاتك تستخدم عدسة آلة تصوير وتركيزها على عينيه كيما تشاهد ما هي الرسائل التي تقرؤها فيهما».

أما على مستوى «رد الفعل المعرفي» فيكون طلب المعالج كالتالي:

«اذكري لي بعض الافتراضات الخاطئة، والاستدلالات المشوهة المقصورة التي يبديها لك زوجك بيتر Peter».

فإذا أراد المعالج أن يلج ميدان المتعالج لا بد أن يشعر المريض المتعالج أنه مسموع، ومُدَرك من جانب المعالج، ومن ثم ينتقل المعالج إلى أنموذج آخر مختلف.

ونحن هنا عندما نتكلم عن «رد الفعل الحسي» والتخيلي أو المعرفي فلا نقصد أن الفرد سيرد دوماً على أنموذج معين. فعلى المستوى السريري (الإكلينيكي) لوحظ ميل عند الأفراد بتفضيل أنموذج أو أنموذجين.

وبهذا الصدد أشار كل من باندلر وغريندر (١٩٧٦) إلى وجود فرق واضح بين التعليقات: «أرى ما تقوله» و«أسمع ما تقوله» فالمقولة الأولى تعكس الفرد الذي

يستجيب نحو المحيط وينظمه من خلال الصور الذهنية - في هذا المثال الجاهز التمثيلي هو البصر، فالمتخيلون يميلون إلى «صنع الصور الذهنية» من خلال ما يسمعون. وبرأي بوجن (١٩٦٩) وكيمورا (١٩٧٤) أن الأفراد الذين يفضلون الأنموذج التخيلي هم من النوع الذي يكون فيه نصف الدماغ الأيمن هو المسيطر، بينما الذين يبدون ردود أفعال معرفية هم من النوع الذي يسيطر عليهم نصف الدماغ الأيسر.

إن كلاً من باندلر وغريندر (١٩٧٦) يتعاملان مع الأنموذج الحسي (البصري والسمعي). إلا أنه من الأهمية عدم الاقتصار على الجانب الحسي البصري والسمعي، بل لا بد من الأخذ بعين الاعتبار الاستجابات الشمية والذوقية.

من جهة أخرى أكد العّلامة سيلجمان (١٩٧٢) على الإشراط القوي للمنبهات «الذوقية والشمية. وألح العّلامة وتزلاويك Watzlawik (١٩٧٨) على كون الإدراك الشمي مساعد على إعادة التركيب الذهني، وإعادة خبرات الحوادث الماضية بكليتها». فلغتنا تعتمد على المجازات والاستعارات متضمنة ردود الفعل الشمية والذوقية ليست بأقل من التأثيرات السمعية والبصرية.

ويطالعنا الدكتور أرنولد لازاروس بخبراته العلاجية فسرد لنا بعض الحالات التي عالجها: منها أن أفراداً كانوا يرغبون عن الاتصالات الجنسية نتيجة الروائح الكريهة الصادرة عن شركائهم في العشرة الجنسية ذلك لأن المتعة الجنسية تقترن عندهم بالنظافة البدنية لدى أقرانهم.

ويقص علينا المعالج المذكور الدكتور لازاروس تلك المرأة التي كان زوجها يكره العطر الذي تطلي بها وجهها وتحت إبطيها. فأجابت المعالج بالقول: «سأكون ملعونة إن سمحت لزوجي أن يطوقني هكذا.. سأتعطر بأي عطر أراه مناسباً».

لقد خالفها المعالج بهذا الرأي قائلاً لها: إنك ترتكب خطيئة كبيرة إن فعلت ذلك لأن زوجك من النوع الذي يتحسس بالروائح، لذا **فردود فعله هي شمية بالدرجة الأولى**.

إن المعالج الذي يمارس العلاج النفسي المتعدد الأوجه يعاين معاينة مستمرة كل أنموذج من نماذج صيغة هذا الأسلوب العلاجي أي BASIC ID وتفاعله مع الأنموذج الآخر. فمثلاً لو أن مريضاً من النوع (البصري) ولديه قدرة على ابتداع صورٍ تخيلية حيّة. فهنا نسأله عن تأثير هذه القدرة التخيلية على كل أنموذج نوعي.

قد يُطال حديثنا هنا عن التعاقب الدقيق الذي بموجبه نجعل النماذج في حالة معاينة. إن هذا ما يجعلنا نعاين هذا الأمر معاينة مفصلة.

٢ ـ ترتيب تفعيل الأنموذج

هناك متعالجان يعانيان من «قلق ونوبات جزع». طُلب من كل واحد منهما رصد المنبهات والحوادث االلتين تسبقان ظهور هذه النوبات أو تصحبانها. فملاحظتهما الذاتية إضافة إلى استعلامات المعالج المفصلة من خلال الصيغة BASIC ID كشفت نماذج الاستجابة التالية:

الحالة الأولى: «باستطاعتي أن أتحمل وأكون مرتاحاً حتى الوقت الذي فجأة شعرت أنني أشعر بالضيق. بدأت أفحص وأعاين حالي كيما أتأكد تماماً أنني بحالة جيدة. إلا أن الإزعاج بدأ. لاحظت قليلاً من الغثيان أو بعض الدوار، والشيء الثاني الذي علمته تسارع ضربات قلبي».

الحالة الثانية: «تطوف في ذهني أفكار خرقاء. فمثلاً عندما كنت في مخزن بيع الخضار والبقول في الأسبوع الفائت، فكرت ماذا لو زاحمت البشر وتجاوزتهم؟ من ثم تخيلت المشهد وأنا منبطح على الأرض وبدأت أندفع في المشي لإنهاء ما أرغب أن أشتريه بالسرعة الممكنة. شعرت فيما بعد بشيء من الدوار والغشي فتركت بطاقة مشترياتي في المخزن وخرجت».

ففي الحالة الأولى نرى كيف أن القلق والجزع بدأ بأنموذج حسي. أما في المثال الثاني فبدأ بالأنموذج المعرفي، تبعه مباشرة الأنموذج التخيلي. ونرى أن التفكير والتخيل كانا متبوعين بالسلوك (تبع السلوك التفكير والتخيل)- «بدأت أندفع في الممرات» وهذا ما أدى إلى ردود فعل حسية «شعرت بالدوار والغشي»،

وهذه الحالة تُوّجت بسلوك التجنب (تركت بطاقة الشراء في المخـزن وخرجـت).
وهكذا نجد تتالي C. I. S. B أو ما أسميناه «بترتيب تفعيل الأنمـوذج Firing order»
في الحالة الثانية «التفكير - التخيل- الإحساس- السـلوك» حيث التفـاعل المتتـالي
المنطلق لهذه النماذج.

في كلا الحالتين تم علاجهما بالتدريب على الاسترخاء، إلا أن الحالـة الثانيـة
ستنال فائدة أقل من الحالة الأولى. وأن المعطيات السريرية (الإكلينيكيـة) أشـارت
إلى الحاجـة إلى التقنيـات الملائمـة للمنبهـات الفاعلـة، أي لمعالجـة ردود الفعـل
الحسية مع التقنيات الحسية، وردود الفعل المعرفية بالتقنيات المعرفية وهكذا...

أما في الحالة الثانية فإنها قد تستجيب استجابة جيدة إلى تقنية إيقـاف الفكـرة
Thought – Stopping، أو التعامل الإيجابي التخيلي ومناهضة الأفكـار الخاطئـة. ولا
مراء أن المعالج الذي يأخذ بهذا المنهج العلاجي المتعدد الأوجه لا يقف عنـد هـذا
الحد، إذ إن ما يفكر به ويضعه ضمن اعتباراته هو كيف يختار التقنية الأولية.

في الحالة الأولى «القلق والجزع» يبدو أنه لا بد وأن يبدأ بتطبيق النموذج الحسـي.
وهنا سوف أعرض على القارئ حـواراً ولكنـه غير نموذجـي، كيمـا أبرهـن كيـف أن
المدى الكامل للأنموذج يمكن كشفه بالتفعيل المرتب التسلسلي للأنموذج:

المعـالج: سنتناول الاستجابات الحسية. إذ يبـدو لي أنـك تصنّـع بعـض
الإحساسات غير السارة والتي بدأت بالتصعيد والتزايد.

المتعالج: هذا صحيح.

المعالج: ماذا حدث بعد ذلك؟

المتعالج: انتابني القلق والجزع.

المعالج: أعتقد أن هناك خطوات قليلة بين الإحساسات غـير السـارة، وظهـور
الجزع دفعة واحدة. لنعمل معاً على الكشـف عـن هـذه الحلقـات المفقـودة (أي
التعرف على تلك المرحلة بين الاثنين).

المتعالج: عندما أشعر بقلبي يخفق ويتسارع ينتابني قلق شديد.

المعالج: إذا أجهدت نفسك بأعمال جسدية كحمل ونقل بعض المقاعد والكراسي وشعرت بتسرع قلبك فهل هذا يثير قلقك؟

المتعالج: كلا إذا عرفت أسباب تسرع قلبي ذلك لأنك عندما تحمل الكراسي تعرف أن قلبك سيتسرع.

المعالج: ماذا يحدث عندما يتسرع قلبك في موقف لا تتوقع أن يتسارع؟

المتعالج: تطوف في ذهني أفكار أن هناك علة في قلبي.

المعالج: أعطني مثالاً عن هذه الأفكار.

المتعالج: قد تكون هناك علة ستحدث مثل نوبة قلبية.

المعالج: يبدو إذن أنه عندما تراقب ضربات قلبك المتسرعة تبدأ بالتفكير أنه لا بد من وجود شيء غير طبيعي في قلبك، وقد يكون خطيراً. هل في مقدورك أن تخلق هذا التفكير الآن؟ تخيل أن قلبك يتسرع ويتسرع بدون وجود سبب لهذا التسرع، أخبرني ماذا يجول في ذهنك وتبدأ في التفكير به.

المتعالج: ماذا يحدث لي؟ رباه... هل أنا على وشك الموت؟ أعرف أن هذا تفكير أخرق... فالأطباء أعلموني عن أن قلبي سليم ولا داعي للقلق من أي عارض قلبي كارثي، ومع ذلك ما زلت أخاف عندما يتسرع.

المعالج: وما زلت تعتقد أنك قد تموت؟ ماذا يحدث أيضاً عندما تفكر أنك قد تموت؟ هل تفعل شيئاً مختلفاً وهل تطوف في ذهنك تخيلات، وهل تشعر بمشاعر أخرى؟

المتعالج: أتخيل نفسي ضعيفاً واهناً، أو سأصبح مجنوناً، وأركض مذعوراً.

المعالج: ماذا يحدث عندما تتخيل ذاتك تركض مذعوراً هائماً؟

المتعالج: يتسرع قلبي، رأسي يسبح، وأشعر أنني بحاجة إلى الصراخ.

المعالج: أفهم منك عندما ينتابك القلق، أن أول شيء تشعر به هو إحساس بسيط بالانزعاج في أمعائك أو في رأسك، بعدها يبدأ قلبك بالتسرع. عندما يحدث ذلك تبدأ الأفكار اللاعقلانية تطوف في ذهنك كأن أمراً كارثياً سيحدث لك

قد يترتب عنه موتك نتيجة لذلك. فهذه الأفكار بدورها تثير مجدداً، وبفعل التغذية الراجعة، صوراً توحي لك أنك أصبحت أكثر ضعفاً ووهناً، أو تفقد سيطرتك على ذاتك فتهيم مذعوراً جزعاً.

المتعالج: ومع الوقت، أغرق بهذه الحالة، فأنزعج فلا أرى مناصاً للسيطرة على هذا الاضطراب من الذهاب إلى السرير، مسمراً فيه.

المعالج: من الذي يهتم بسير العمل في المخزن؟

المتعالج: تتدبر الأمر زوجتي في سير العمل.

إن ما ذكرناه من حوار هو تصور نموذجي كما نسميه (بتوالي المتابعة Tracking sequence). ولقد رأينا الحالة الثانية توالي النماذج C-I-S-B (التفكير، التخيل، الإحساس، السلوك) بينما الحالة الأولى بدت تتبع ترتيباً مختلفاً وهو S-C-I-B (إحساسات قادت إلى أفكار متبوعة بتخيلات أدت إلى الانسحاب).

هنا نرى أن الخط الأول للعلاج يستهدف السيطرة على الإحساسات السلبية، وتبديل الأفكار المصاحبة. وهكذا، فإن المتعالج يمكن أن تُقدم له النصيحة التالية: «عندما تبدأ بملاحظة الإحساسات غير السارة، ابدأ فوراً بالاسترخاء وركز انتباهك على التنفس البطني الذي أظهرته لك، وفي الوقت نفسه قل لذاتك بإيحاء قوي وتكراراً إن ما أشعر به ليس خطراً ولا يميتني».

نكرر هنا أننا نبدأ بالعلاجات الأكثر وضوحاً بينما نجري المزيد من الكشف عن التأثيرات التفاعلية عبر النماذج الأخرى من الصيغة.

فالمقولة: «إن زوجتي هي التي تتدبر بالعمل في هذه الأوقات» مثلاً قد تكون المفتاح الأساسي لكثير من المشكلة. فالقول المأثور هو (لا تعقد المشكلة). فإذا ما فشلت الطرق الأولى الأكثر وضوحاً (مثل ما نصحنا المريضة)، حينئذ لا بد والحالة هذه من الولوج بمزيد من الدقة والتفصيل في الصيغة BASIC ID، كما وأن الترتيب الثاني لبروفيلات النموذج لا بد من إنشائها.

إن الاستخدام النوعي لتحليلات الترتيب الثاني للصيغة السالفة الذكر، وتتبع توالي التفاعل المتسلسل للنموذج هما عمليتان ينفرد بهما التوجيه المتعدد الأوجه Multimodal Orientation.

ولقد اتضح أن هذه الأساليب ذات قيمة لا تقدر؛ إذ أنها تلقي أضواء على بعض الاضطرابات الانفعالية الخفية المتقنعة التي بدون هذه الأساليب يتعذر تشخيصها أو تحديد المشكلة والتعرف عليها. ولمزيد من الإيضاح نذكر الأهمية السريرية (الإكلينيكية) لهذه الأساليب التي نحن بصددها والتي رواها لنا العّلامة الدكتور أرنولد لازاروس (صاحب نظرية العلاج المتعدد الأوجه):

قال: «بعد أن حضرنا حلقة بحث (سيمنار Seminar) عن العلاج المتعدد الأوجه، علق أحد الإخصائيين النفسيين المعروفين الذي حضر هذه الحلقة قائلاً: «لم أكن أدرك بأنني معالج من المدرسة العلاجية المتعددة الأوجه. ففي جميع هذا الوقت أعتقد أنني كنت معالجاً من المدرسة الانتقائية من الدرجة الجيدة».

طلبت منه (والكلام هنا للدكتور لازاروس) أن أحضر جلسة علاجية لأراقب أسلوبه العلاجي، وقد امتثل لهذه الدعوة فحضرت إحدى جلساته العلاجية الجماعية. كان أداؤه رائعاً في الأساليب البيشخصية والسلوكية، ثم كان حاذقاً جداً في تحديد الأخطاء المعرفية (الفكرية) وفي أداء التعبير الانفعالي العاطفي. لقد كان هناك رجل وهو أحد المتعالجين في هذه المجموعة العلاجية ساكناً هادئاً لا يتكلم خلال نصف مدة الجلسة العلاجية. وعندما استعلم منه المعالج عن أسباب التزامه الصمت، أجاب: إنه على درجة كبيرة من الاكتئاب، بحيث لا يستطيع أن يتكلم. وقد توجه المعالج نحو جميع المتعالجين قائلاً: «يبدو أن ميري (أي اسم الرجل) هو أحد الحالات الكلاسيكية الذي يوجه غضبه نحو داخل نفسه». فما كان من هذا الرجل إلا أن هزّ رأسه قائلاً: «أنا لست غاضباً». إلا أن المعالج رد عليه بأن يقف ويقول: أنا غاضب» عشر مرات أمام رفاقه وبصوت عالٍ. وبعد أن تردد وتململ نطق الرجل بكلمة «أنا غاضب» فرد عليه أصدقاؤه في العلاج

مع المعالج قائلين: انطق بصوت أعلى، أعلى، نحن لا نسمعك، بهدف إثارته وحثّه على النطق بهذه الكلمة (بالطبع كان رفاقه في العلاج متمرنين على مثل هذا التمرين سابقاً). وظل الرجل يكرر هذه الجملة سبع أو ثماني مرات «أنا غاضب» حتى شعر فعلاً بالغضب وظهرت عليه علائم الغضب. وما أن وصل إلى العدد عشرة حتى اعتراه الغضب وأخذ يصرخ قائلاً: (أنا غاضب). وهنا، وبفضل مهارة المعالج، أخذ الرجل يفصح عن أسباب غضبه الذي دار حول رب عمله وتدخل والده بحياته الزوجية.

بعد أن انتهت الجلسة العلاجية (والكلام هنا ما زال للدكتور لازاروس) عبرت عن إعجابي بالمهارات السريرية (الإكلينيكية) التي أظهرها المعالج صديقي خلال الجلسة العلاجية التي دامت ٩٠ دقيقة، إلا أنني قلت له دعني أريك كيف أن المعالج الذي يأخذ بالعلاج المتعدد الأوجه يتدبر ببعض المسائل. فقد بينت له أولاً أنه أهمل سمات هامة عند مريضين عندما استدعى الأمر إجراء مداخلتين حسية وتخيلية. وثانياً أن المعالج بالعلاج المتعدد الأوجه لا يفترض أن استثارة الغضب كان ضرورياً علاجياً ما لم يدل على خطوات نوعية يمكن اتخاذها لإزالته. (لا يوجد برهان على أن التفريغ على هذا النحو يؤدي إلى فوائد علاجية طويلة الأمد). وعلى أقل تقدير إن المعالج بالعلاج المتعدد الأوجه يمكن أن يسبر فوائد الأخذ بتدريب المهارات الاجتماعية عند هذا الرجل إزاء رب عمله ووالده. ثم إن تعبير (غضب) هو وصف وليس تفسيراً. ثم كذلك فإن الأخذ بالترتيب الثاني للصيغة BASIC ID قد تكشف عن مضامين غضب هذا الرجل وتدل على الطرق النوعية للتغلب على الغضب. لذا فإن العلاج المتعدد الأوجه هو ليس مثل العلاج النفسي الانتقائي.

أوجه التشابه والتمايز بين العلاج السلوكي والعلاج المتعدد الأوجه

١ ـ أوجه التشابه :

أ - السلوكيات الهدف يتم التعامل معها عادة تعاملاً مباشراً (المتميزة عن الطرق التي تشتت الانتباه بعيداً عن المشكلات الظاهرة إلى الصراعات النفسية الداخلية) .

ب - أساليب العلاج تفصّل تفصيلاً فردياً (أي تعد إعداداً فردياً) حسب المشكلات المختلفة عند الأفراد المختلفين .

ج - يكون المعالج هو المسؤول الأول عن خطة المداخلة العلاجية وهو أيضاً المسؤول إلى حد كبير عن تقدم العلاج أو ضعف التقدم .

د- إن معظم المشكلات نابعة عن العجز أو عمليات التعلم الاجتماعية الخاطئة .

هـ ـ يحصل المعالج من المريض على تصريح خطي يوافق فيه على معالجته بالتقنيات النوعية المشروحة له .

و ـ تتم معاينة العوامل السابقة إضافة إلى النتائج الطويلة الأمد والحالية للسلوك معاينة منهجية .

ز ـ تكون العلاقة بين المريض والمعالج أكثر من علاقة مدرب ومتدرب ، وأكثر أيضاً من معالج يعالج شخصاً مريضاً .

ح ـ إن تحويل أو نقل عملية التعلم (أي تعميم عملية التعميم) من المعالج إلى بيئة المريض اليومية لا يُعد انتقالاً آلياً، ولكن يتم عن تخطيط وقصد وجهد يبذل من جانب المريض من خلال تنفيذه للتمارين البيئية والتعاملات الميدانية التدريبية التعليمية .

ط ـ إن التشخيصات الثابتة ، والسمات ، والوصوفات الكلية يتم تجنبها لمصلحة التعريفات السلوكية والعملياتية .

ي ـ تنفيذ التقييمات والقياسات خلال طول مدة المعالجة (أي التقارير الذاتية الصادرة عن المتعالج والتي تدرس ويُمحّص بها إضافة إلى المعلومات المأخوذة من أشخاص آخرين أو القراءات من الأجهزة والأدوات الفيزيولوجية).

٢ ـ الاختلافات

أ - في العلاج المتعدد الأوجه يتم تقسيم الشخصية تقسيماً منهجياً إلى سبعة أوجه أو مركبات متفاعلة (النماذج Modalities) والمتمثلة في الصيغة BASIC ID.

ب - يعمد المعالج بالعلاج المتعدد الأوجه إلى بناء بروفيلات الأنموذج (لوائح هذه الصيغة) وذلك كمسودة للعلاج.

ج - يتم استخدام الترتيب الثاني لبروفيلات الصيغة BASIC ID وذلك بغرض التغلب على عقبات المعالجة إضافة إلى شرح المناطق الهامة من (الشخصية) و(المرض النفسي).

د - يحدد المعالج بالعلاج المتعدد الأوجه التأثيرات التفاعلية من خلال الصيغة BASIC ID وذلك من أجل بناء الترتيب التفعيلي المتسلسل التعاقبي للنماذج الخاصة (أي المسمى العملية التتبعية).

هـ ـ يلائم المعالج بالعلاج المتعدد الأوجه نفسه مع نماذج المريض المفضلة، وذلك بهدف إثراء العملية الاتصالية معه قبل الانتقال إلى الميادين الأخرى التي تبدو أكثر إنتاجية ومردوداً (نسمي هذه العملية التجسيرية: إقامة جسر).

و ـ إن مقدار العمق والتفصيل الناتجين عن معاينة العوامل البيشخصية والمعرفية، والتخيلية، والحسية وتأثيراتها التفاعلية، يتجاوزان حدود المنبه العادي والتحليلات الوظيفية التي يتعامل معهما المعالج السلوكي.

الفصل السادس

عوامل العلاقات وتوافق المعالج – المريض

ليعلم القارئ أن المعالجين عندما يحاولون تشريع قواعد ثابتة للسلوك فإنهم بهذا الإجراء يدمرون المبادهة لصالح السلامة والأمن. فالسلوكيات الانضباطية مثل: لا تجب على أسئلة المتعالج بل عليك البحث وإعمال الذهن من أجل معرفة المعنى الذي هو وراء هذه الأسئلة. وعليك أيها المعالج ألا تكشف أي شيء عن نفسك للمتعالج، ولا تنخرط في تقديم الخدمات الخاصة للمتعالج كأن تساعده على ارتداء معطفه مثلاً، أو أن تضع يدك على كتف المريض معبراً عن المحبة، ولا تقدم له الهدايا ولا تقبل منه الهدايا. هذه السلوكيات التي يلتزم بها المعالج لا تفرز إلا عدم التوافق مع المتعالج وتخلق مسافة بين الاثنين.

وعلى نقيض ذلك، فإن المعالجين الذين يأخذون بالعلاج المتعدد الأوجه يتقربون ويتعاملون مع كل متعالج تعاملاً منفرداً، ويحاولون تحديد بُعد وأنموذج العلاقة التي تلبي وتلائم حاجاته وتوقعاته. ولعل ما يجب أن يبتعد عنه المعالج هو:

أ – ألا يكون جامداً متقلباً.

ب – ألا يحقر أو يدني أو يمس كرامة المريض.

ويطالعنا الدكتور أرنولد لازاروس عن إقامته لعلاقات رسمية مع بعض زبائنه المرضى. فهم ينادونه باسمه، ويناديهم بالكنية. وهو يقبل دعوات بعض المرضى لتناول الغذاء أو العشاء، وهو بدوره يدعوهم لمناسبات خاصة، ويلعب التنس مع بعضهم ويذهب إلى أبعد من ذلك فيقبل الهدايا ويهديهم بدوره بعضها.

وهذا يعني أن خلق علاقات خارج إطار العلاج هو أمر مستحب حسب رغبة المريض. وفي رأيه أن كلا من المعالج والمتعالج يستطيعان الاستفادة من الأخطاء، وبالتالي تعديل العلاقة وفقاً لذلك.

وهذا المعالج العالمي المعروف لا ينفي محاسن القواعد الثابتة والأساليب المقننة التي من شأنها زيادة مستويات الثقة بالمعالجين، ولكن يتساءل عن مدى محاسنها بالنسبة للزبائن المرضى، وبماذا تعود عليهم من فوائد؟. وفي مقولة لأحد المعالجين بالعلاج النفسي التحليلي في هذا الصدد: (إن الشيء الرائع بالنسبة للتحليل النفسي أن المريض حتى لو لم يصبه التحسن المطلوب، فهو يعرف أنك تقوم بأعمال صحيحة).

١ ـ العلاج المتركز على ذات المريض مقابل العلاج المتعدد الأوجه (نظرة نقدية)

الدكتور كارل روجز. المعالج المعروف الشهير في نظرته وطرقه العلاجية، يتناقض في طرقه العلاجية القائمة على العلاج المتمحور حول ذات المريض مع العلاج المتعدد الأوجه.

وهذا التباين اتضح جلياً في مقابلته العلاجية التي صورت مع المريضة غلوريا المطلقة التي عمرها ٣٠ سنة والتي أسماها (ثلاث طرق للعلاج النفسي) والتي اعتبرها مثالاً نموذجياً للطريقة المتمحورة حول الشخص في العمل. وبالمقابل عرض الدكتور أرنولد لازاروس طريقة علاجه (العلاج المتعدد الأوجه) بمقابلة علاجية مع المريضة كاثي.

إن طريقة أرنولد لازاروس مختلفة عن طرق الدكتور كارل روجزر في العلاج. فالعلاج المتعدد الأوجه يركز على كون البشر لهم حاجات متباينة وتوقعات تستدعي وفقاً لذلك مناورات استراتيجية، وتكتيكية، ونموذجية من جانب المعالج. فالعلاج القائم على طريقة واحدة يطبق على جميع المرضى، ويجعل الحياة أكثر سهولة بالنسبة للمعالج، ويعد صفقة مربحة لشعبية وشهرة كارل روجز في علاجه.

وواقع الأمر أن التقرب الروجزي (لروجزر) القائم على التمحور على ذات الشخص ينطلق من أساس الفروق الشخصية بالنسبة للفرد وليس على أساس ثلاثي Tripartite. أي بتعبير آخر أن الشروط الكافية والضرورية للنمو العلاجي والتبدل هي:

أ-أصالة المعالج أو التطابق والانسجام.

ب-كياسة المعالج وتفهمه.

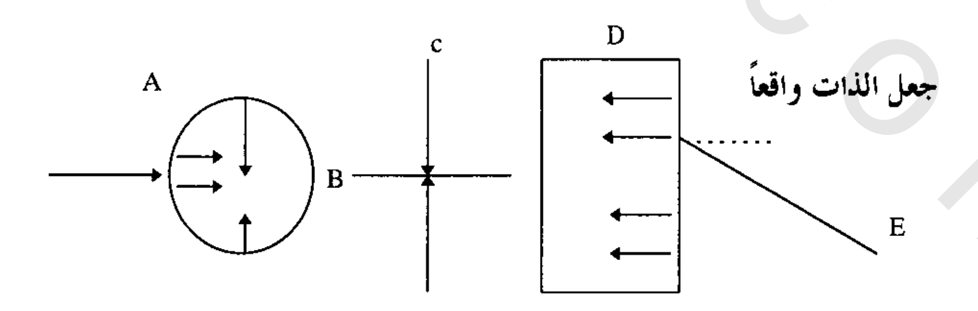
د- العناية اللاتملكية للمعالج.

إن هذه الصفات والشروط المسهلة الميسرة تعد مفيدة ونافعة (لكنها ليست ضرورية) وكافية لتغطية الصيغة BASIC ID وتطبيقها بيسر مناسب.

إن نظرية العلاج المتعدد الأوجه تؤكد على أن الحاجة إلى معالج يكون أكثر من كائن إنساني مؤدب. فبالإضافة إلى الدفء العاطفي، والعناية، والحنو، والملاطفة من جانب المعالج، فإنه يحتاج إلى أن يسيطر على طيف واسع من التقنيات والمهارات النوعية والملائمة التي غالباً ما تحدد الفرق بين الفشل العلاجي والنجاح (غولد فريك ودافيسون ١٩٧٦).

ومن خلال استخدام الصيغ المختلفة، فإن كثيراً من المعالجين يبدو أنهم ينتسبون إلى المدرسة الروجرزية (نسبة إلى روجرز) التي تقول: إن (الميل نحو الواقعية) يصبح مقتضباً من خلال الخبرات الضارة غير النافعة، وأن العلاقة العاطفية التي تنمو بين المعالج والمتعالج قد تحرر هذه الحواجز أو السدود القائمة. إن هذا ما قاله روجرز في تعريفه للعلاج النفسي (كتحرير للقدرة الموجودة السابقة في فرد على درجة كبيرة من التحدي).

هناك معالجون آخرون يرون العلاج من زاوية إزالة (أو رفع الكظم) وإلى ما هنالك ... فالرسم التالي يصف النظرة (افتراض) الروجرزية بما يسمى (الشخص المتركز على الاضطراب الانفعالي).



A : الفرد بأصله هو نتاج الهبة الإرثية (الجينية) والتأثير داخل الرحم، والتأثيرات البيئية الأخرى.

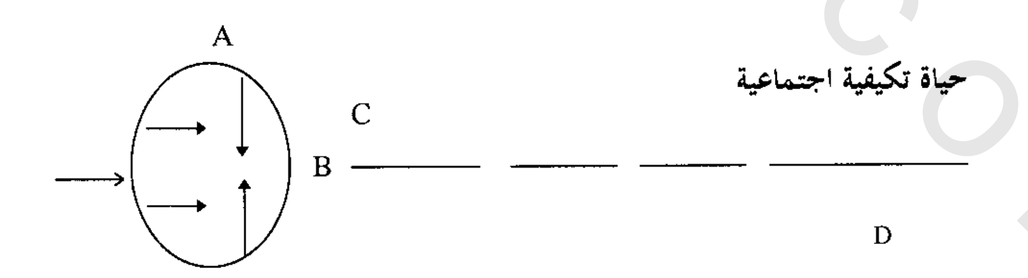
B : منحى الحياة يسير على طريق تحقيق الذات (جعل الذات واقعاً).

C : الحوادث المختلفة الحياتية تخلق صراعات بين الحاجات العضوية وحاجات اعتبار الذات.

D : الحاجز الذي يقف في وجه تحقيق الذات.

E : الفرد يسير مبتعداً عن طريق تحقيق الذات، وهنا يصبح متسماً بالتشويه، وضعف الوعي، وبالسلوك المهزوم للذات، وبالتناقض والتنافر. هذا وطبقاً لأصحاب المدرسة الروجرية، أن العلاقة العلاجية الصحيحة تحرر القدرات الذاتية الملازمة للفرد، وتمكنه من العودة من جديد إلى الطريق الأول الذي سار عليه والمؤدي إلى تحقيق الذات.

بالطبع، إن الرسم السالف لا نرى فيه تلك المشكلات التي لا تنبثق عن الصراع، والحوادث المرضية والقهر الصادر عن الآخرين، والحاجات العضوية. هناك الكثير من الناس يعانون من متاعب انفعالية مصدرها أن قصة حياتهم التعليمية فشلت في تزويدهم بالاستجابات التعاملية الإيجابية الجوهرية. فهم لا يمتلكون الحواجز بحيث إذا ما تحرروا وأطلقوا لايتمكنون من استخدام معرفتهم السابقة. فهم لا يملكون إطلاقاً المعرفة المسبقة أو المهارة. لذا فإن النظرة السببية المبينة في الشكل التالي للاضطراب الانفعالي يمكن رسمها وتوضيحها.



A : نفس التفسير السابق الذي ذكرناه في الرسم الأول.

B : منحى الحياة يسير على طريق تحقيق الحياة التكيفية الاجتماعية.

C : فجوات أو تصورات في الخبرة والتعلم الاجتماعي (بسبب نماذج أدوار ضعيفة أو سيئة أو حدوث فرص ضائعة لاكتساب المعلومات والمهارات الضرورية) تخلق الفجوة والثغرة Lacunae .

D : بفعل هذه القصورات في الاستجابة ينحرف الفرد عن خطه المؤدي إلى التكيف الاجتماعي حيث يصيبه التناقض، والتشويه، وضعف وعي الذات، والسلوك المهزم للذات.

إن التعلم، والتدريب، ومحاكاة نماذج سلوكية Modelings، والتوجيه هي أمور مهمة. فلا اللطافة، ولا الأصالة، أو العناية غير التملكية تملأ الفجوات. فوجهة نظر العلاج المتعدد الأوجه ترى أن نمو الشخصية وحل المشكلة هما من النماذج الثابتة. فمعظم المرضى يعانون من الصراعات، والآثار المدمرة للخبرات السيئة، والقصورات المختلفة في أدوارهم الاجتماعية والشخصية. **لذا فإن المعالجات الوحيدة الوسيلة (أو الأنموذج) مرتبطة بترك ميادين باثولوجية غير مسبرة ولا ممسوسة.**

إن قوى التأثير والشفاء التي يسندها بعض المعالجين إلى أنفسهم وعلاقاتهم العلاجية من شأنها ذلك إبعاد الانتباه عن الحقيقة وهي أن تعميم المهارات المكتسبة من غرفة المعالجة إلى العالم الخارجي لا يكون آلياً أوتوماتيكياً. فتحويل هذه المهارات وتعميمها يستدعيان مداخلات نوعية ومخططة مسبقاً.

ويطالعنا الدكتور أرنولد لازاروس في هذا السياق ببعض خبراته فيقول:

«في سني حياتي الباكرة في العلاج النفسي افترضت أن المريض المنسحب، المشاكس، العدواني يتحول إلى صديق، أنيس، ومنفتح في الكلام ومؤكد لذاته خلال العلاج، فهو سيكون على هذه الحال خلال تعامله مع الناس الآخرين في سلوكياته التكيفية. إلا أنني سرعان ما استكشفت أن السلوكيات الجديدة والتكيفية

في العلاقة كانت محصورة في العلاقة معي، ما لم يتعلم المريض هذه السلوكيات **المتجسدة في التدريبات البيتية، والوظائف العلاجية التدريبية التي يتعين عليه تنفيذها لحفزه على تطبيقها وتعميمها في علاقاته مع الناس**» (شيلتون وأكرمان ١٩٧٤). تلك هي حقيقة غافلة عن أكثر المعالجين.

٢ ـ استمرارية المشاعر والتوظيفات

ذكر لنا العلامة فرانز ألكسندر (١٩٣٢) أن جوهر العلاج بكونه (الخبرة الانفعالية التي تم تصحيحها) هو المتضمن الفرق بين موقف المعالج المسعف والموضوعي، ومواقف الوالدية الأصلية (المفترضة المولدة للمرض). وكتب لنا ألكسندر فيما بعد (١٩٥٠) التالي:

« كيما يتم كسب الخبرة لمثل هذه العلاقة الإنسانية الجديدة في ذاتها فإن فيها أهمية علاجية كبيرة بحيث لا يمكن تجاهلها أو تجاوزها».

وحديثاً أفادنا آرلو ARLOW (١٩٨٠) مردداً مثل هذه الأصداء والآراء عندما قال: « على المستوى الانفعالي، **إن شخص المعالج يلعب دوراً رئيسياً في حياة المريض**» . فالمعالجون الذين يأخذون بأسس العلاج **المتعدد الأوجه يعتنقون نظرات مختلفة كل الاختلاف**.

وبكل تأكيد، من الضروري، ومن الأمر اللازم به أن يكون المعالج محترماً من قبل زبائنه المرضى، وأن يخلق الثقة الكافية عندهم بأمورهم الشخصية التي تبقى أمانة سرية عنده، وأن يخلق جواً يكون فيه المريض متحرراً من كل قيد للإفصاح عن متاعبه، وكربه، والمشكلات والحوادث التي تحرض قلقه واضطرابه، فهذه الألفة الجوهرية ليست **بالضرورة مبنية على نمو العاطفة القوية، والتحويل العاطفي Transference، والارتباط بالمعالج وما أشبه ذلك**.

في عرف العلاج المتعدد الأوجه تكون العلاقة بين المعالج والزبون المريض **قائمة على استمرارية الامتداد من توظيف رسمي يماثل العمل من جهة** إلى

ارتباط متين من جهة ثانية . ويمكن القول إن أكثر علاقات **العلاج تقع في الوسط ما بين الحدين المذكورين** .

إلا أننا نجد أن بعض المرضى يتذبذبون بين الميل إلى المعالج ومحبته ، بينما آخرون يبقون في حالة تضارب عاطفي فيظهرون الحب والكراهية في آن واحد .

ومن طرف آخر نجد أن كثيراً من المعالجين يدفعون بالمرضى عن قصد وتصميم إلى الارتباط بهم عاطفياً رومانسياً وبعمق . وحيث أن المعالجين المنتمين إلى مدرسة العلاج المتعدد الأوجه مدربون **على العمل الموجّه** في علاجهم ، لذا فإن ما يسمى بالتحويل العاطفي من جانب المرضى نحوهم نادراً ما يحدث أو يبرز خلال العلاج .

إن أحسن وصف يمكن أن يصفه المرضى لمعالجيهم هو أنهم معالجون مهرة متمرسون، يكرسون عملهم لمساعدتهم . فهم يعتمدون عليهم ولكن لا يرتبطون بهم .

وبالطبع ، هناك استثناءات ، فبعض الناس بحكم حاجاتهم الخاصة وادراكاتهم فهم عرضة لسوء التفسير ، والتشويه . فهم يبدعون تخيلات وأوهام، ويظهرون مشاهد تصدر عن رغبات شعورية ولا شعورية . إذ إن مشاعر الطفولة يتم إسقاطها وإضفاؤها ، كما يحدث تحويل للموقف مع أن المريض الزبون يوجه إلى المعالج بعض المشاعر يمكن أن تُلبس إلى شخص مهم آخر عادة ما يكون أباً أو أحد أفراد أسرته . إن مثل هذا الفرد هو ضمن نطاق الاستثناءات وليس قاعدة . وعندما نجد مثل هذا الشخص ، فيجب التعامل معه ليصبح البؤرة العلاجية المهمة كيما يتم حل هذا «العُصاب التحويلي» الذي يعتنقه المحللون النفسيون . أما المعالج بالعلاج المتعدد الأوجه فإن الاهتمام الأساسي يجب أن ينصب على إزالة المشكلات النوعية بالقدر الممكن وذلك من خلال الصيغة BASIC ID .

في العلاج المتعدد الأوجه تتم معاينة العلاقة بين المعالج والزبون المريض أو مناقشتها فقط عندما يكون هناك سبب للشك في أنها تعيق التقدم العلاجي . وعندما

يسير العلاج قُدماً نحو الأمام سيراً جيداً فلا داعي لإضاعة الوقت بتحليل التعاملات الثنائية بين المريض والمعالج. ولكن عندما يتعثر تقدم العلاج فيتوقف؛ فإن العامل الذي يستأهل التساؤل عنه هو فيما إذا كانت هناك قضايا أو مشاعر تواجه المتعالج والمعالج من شأنها أن تعرقل التقدم العلاجي. ففي بعض الأحيان يظهر سوء الفهم الممكن تصحيحه عندما يُفصح عن ذلك بالاتصال المباشر أو النقل بالصراحة المباشرة.

ويُحسن هنا في هذا السياق أن نذكر الحوار التالي الدائر بين المعالج ورجل متعالج عمره ٣٢ سنة في نهاية الجلسة الثانية.

المعالج: يبدو لي واضحاً أنك تميل إلى أن تكون قاسياً جداً على نفسك. فبينما تظهر أنك تتمتع بصبر كبير حيال القصورات عند الآخرين، فإنك تفرض على ذاتك الكثير من الفرائض والوجوب والإكراه والإجبار (MUSTS and shoulds).

المتعالج: أنا من النوع الذي يبتغي الكمال في عمله.

المعالج: يبدو لي أنك تلصق بنفسك هذه الصفة وأنت فخور بها.

المتعالج: أعتقد أنني أفتخر بنفسي عندما أقوم بتنفيذ عمل تنفيذاً جيداً.

المعالج: إن تنفيذ العمل جيداً، والمجاهدة في أجل الحصول على الكفاية، أو حتى العمل الممتاز هما أمران يختلفان عن المحاولة أن تكون كاملاً لا ترتكب الخطأ. أن تكون كاملاً في عملك يعني ذلك أنك تعيش الإحباط في معظم الأوقات ذلك لأنه نادراً، إن لم يكن من المستحيل، أن تصل إلى المعايير المستحيلة. هل تعلم ... أوصيك بقراءة كتاب للعلّامة ألبرت أليس الذي تناول هذا الموضوع بالتفصيل والعمق، أي المطالب المفرطة والإجبار التي تُفرض على الذات عند الفرد الذي يجهد إلى كمال العمل ما يترتب عن مثل هذا السلوك من معاناة.

المتعالج: (وهو ينظر من النافذة إلى الخارج) أنا سعيد لتوقف هطول المطر.

المعالج: وأنا أيضاً. سأكتب لك اسم الكتاب (بدا أن المريض لم يكن مرتاحاً) ماذا أصابك؟ يبدو أنني أثرت فيك شيئاً من التوتر.

المتعالج: (وهو في فترة صمت) لا أدري.. لست متوتراً بالحقيقة.

المعالج: قد يكون ذلك الشعور نوعاً من الانزعاج الخفيف.

المتعالج: إنه مثل ما تقول لي: «اذهب واقرأ كتاباً» أشعر بنوع من الرفض... كأنك تقول لي لا تعدْ إليَّ لتقول لي أموراً تافهة، ولكن عليك أن تذهب عني وتقرأ بدلاً من المجيء إليَّ.

المعالج: يسرني أنك أفصحت عن مشاعرك. أنا لا أقصد ما ذهبت إليه. أرغب في المزيد من الكلام معك عن مشاعرك.

لقد عاين المعالج توقعاته ومشاعره وبين له أهمية امتلاكه لكتب علاجية نفسية (مكتبة علاج نفسي) لتكون جزءاً من التدريب الثقافي النفسي.

في نهاية الجلسة سأل مازحاً: (إذا كانت الصورة بقيمة ألف كلمة ترى كم جلسة بقيمة كتاب؟ فأجابه المعالج: «أعط أو خذ ١٢ جلسة» حيث يتبدد الموقف المتأجج.

لقد أكد المريض على أهمية الشعور المقبول من قبل المعالج، وبذلك مكّنه هذا الأخير أن يقدر أهمية التدريبات أو الوظائف البيتية (وبشكل خاص قراءة الكتب الموصوفة وغير ذلك من الكتب الثقافية العلاجية) حيث لا تُعد مثل هذه المطالعات التثقيفية إشارة إلى ضعف اهتمام المعالج به.

وهنا كان المعالج يستهدف الكشف عن مشاعر زبونه المتعالج ومدركاته في كل مرة يقدم له التوصيات. وبدلاً من أن يقول المعالج له: «خذ هذا التسجيل الصوتي لتعليمات الاسترخاء وطبقها لمدة أسبوع بمعدل تمرينين استرخائيين في اليوم، وأخبرني إذا كان توترك قد تضاءل «فقد اتبع معه التالي»: كيف تشعر حيال هذا الاقتراح»؟

فإذا لمس المعالج بوجود تردد واستجابة غير إيجابية عند المتعالج، عمد إلى معاينة ردود فعله ليحدد ما إذا كانت التوقعات النوعية لم تلبَّ عنده.

هذا وبالإضافة إلى سوء الفهم الممكن إزالته وتسويته، فإن العلاقة الممكن أن يصادفها المعالج هي الأكثر أهمية، والتي تتمحور حول التوظيفات العاطفية

المخادعة التي تعيق التقدم العلاجـي . ونضـرب مثـالاً علـى ذلـك . عـالج المعـالج أرنولد لازاروس امرأة عمرها ٣٥ سنة تشكو من رهاب السـاح Agoraphobia . وقـد رافقها المعالج المذكور في جلسات تعريضية ميدانية VIVO EXPOSURE لإزالـة خوفهـا من هذا الاضطراب وذلك بالمشـي لمسـافات متدرجـة بـالبُعد عـن دارهـا ، وقيـادة السيارة في الأوقات التي تزدحم فيها السيارات في الشوارع ، والانتظار بـأخذ الـدور عند شراء الحاجات من البقاليات الكبيرة (التعريض للأماكن التي يكثر فيها النـاس لإزالة أو إضعاف الخوف من الساحات المكتظة بالناس) . بعـد عـدة جلسـات من هذا القبيل ، عين لها شخصاً مدرباً على العلاج السلوكي ليرافقها في هذه الجلسـات الميدانية التعريضية بدلاً عنه ، بينما هو خص نفسـه لجلسـات عـلاج معرفيـة لتبديـل أفكارها الخاطئة المحرضة للخوف (أي طبق العلاج السلوكي - المعرفي) ، وضعـف تأكيدها لذاتها في علاقاتها البيشخصية Interpersonal مع بعض الناس .

وعلى الرغم من أنها حققـت نجاحـاً علاجيـاً متقدمـاً ، إلا أنهـا بـدأت تعـاني المزيد من القلق ، وأخذت تشتكي بأنها أضحت «كثيرة البكاء» ، إضافة إلى معاناتها لصعوبـة الدخـول في النـوم . وقـد اشتكى مسـاعده الـذي يرافقهـا في الجلسـات التعريضية الميدانية أنها أضحت غير متعاونة . وكان تسـاؤل المعـالج ينصـب علـى معرفة الحوادث التي أدت إلى هذا السلوك السلبي .

إن الافتراض المقبول في تفسير السلوك السلبي أنها شعرت بكونهـا مرفوضـة مـن قبل المعالج منذ أن أسند مرافقتهـا في العـلاج إلى مسـاعده ، وكـان لا بـد مـن معاينـة مواقفها ومشاعرها تجاه المعالج نظراً لأنها الأساس المحتمل لهذا التراجع العلاجي .

وهذا ما فعله المعـالج إذ عمـد إلى مفاتحتهـا بـالقول : «أشـعر أنـك ممتعضـة مني ، ولكن بدلاً من أن تعبري عن هذا الامتعاض ، فقط كظمتِـه» . وبعـد فـترة مـن الإنكار والمراوغات ، اعترفت بالعديد من العوامل التي جعلتهـا تقـف وقفـة سـلبية من العلاج . وجوهرها أنه توقف عن مرافقتها ميدانيـاً ، وهـذا يعـني أن المعـالج لم يعد يهتم بها .

وحينما حاورها عن المشاعر المتحالفة، أضحى واضحاً أنها لم تعد من تلك الزبونات اللاتي يستجبن للمعالج كمهني. لقد أخذت تستمتع بالتخيلات الجنسية، ومن حين إلى آخر أخذت تسقط على المعالج سمات والدها أو زوجها، أو أخيها الكبير. وكان دور المعالج الرئيسي العلاجي هنا تقليدياً (بتوضيح العاطفة)، في حين استمر مساعده في رحلاته العلاجية الميدانية معها وهي بأعلى وتيرة من الحفز والحماس والتعاون.

وحينما لا تتحقق النتائج الإيجابية العلاجية، فإن بعض المعالجين يسمحون لأنفسهم أن يعزوا الفشل العلاجي إلى (مقاومة المريض). وبدلاً من تحديد جميع السلوكيات غير المتعاونة «المقاومة»، فإنه لمما يسعف أن يحاول المعالجون البحث عن الحالة السابقة النوعية، والعوامل التي تُبقي تلك السلوكيات اللاتعاونية. فمثلاً إن مريضاً قد يُبطل جهود المعالج بسبب الغضب، وعدم الاحترام، أو عدم الثقة؛ في حين أن الرغبة الأصلية التي ترنو إلى المساعدة والعون من قبل شخص آخر، قد تُدمَّر بفعل المخربين العاطفيين الموجودين في المحيط الاجتماعي للمريض.

وهنا، فإن العلاج الأسري يبرز كضرورة ملحة في هذه الحالة الأخيرة.. ان عدم التوافق المناسب بين المعالج والمريض يفضل فيه أن يُحال المريض إلى معالج آخر تكون شخصيته وطريقة البحث عنده أكثر ملاءمة لحاجات المريض وتوقعاته (إن هذه النقطة سنوضحها فيما بعد).

٣ ـ المحبة مقابل الاحترام

هل من الأهمية بمكان بالنسبة للمتعالج أن يميل إلى المعالج أو يشعر بالمحبة نحوه من أجل أن يحصل على الفائدة المرجوة؟

في بداية الستينيات، على حد قول الدكتور أرنولد لازاروس، استشرت من قبل عشرين فرداً كانوا يتعالجون عند معالج على درجة كبيرة من الضعف العلاجي. وقد أفاد هؤلاء بالعجز والقصور الكبير في فهمه السريري (الإكلينيكي) وغياب الخبرة العلاجية والفطنة المهنية. والمدهش في قصته أنه كان معالجاً مرخصاً له رسمياً.

وتكمن الغرابة في هذا المعالج أن كل مريض تعالج عنده كان يحبه بلا استثناء. إذ كان حاراً ورائعاً في اهتمامه بالمريض. ولكن رغم كل هذا الإعجاب بشخصه لم يسعفه في إبقاء الزبائن عنده لأنه فاشل في مهنته العلاجية. نلاحظ إذن أن المشاعر الإيجابية نحو المتعالج من قبل زبائنه لا تكون وحدها كافية لإحداث التبدل الهام في السلوك عند الكثير من الناس.

إلا أن السؤال الذي يبرز هنا هو: رغم أن المشاعر الإيجابية لا تجدي لوحدها لكسب ثقة المريض بالمعالج فهل هذه المشاعر ضرورية؟

إن الإجابة المنطقية عند معظم المعالجين هي: نعم. إلا أن الرأي السديد عند المعالج المتمرس هو التالي: **إن احترام المتعالج وليس عاطفته أو محبته هو لب العلاج الفعال ولبنته، وفي الحالة التالية البرهان على ذلك.**

راجع الدكتور أرنولد لازاروس أستاذ مهيب وبارز في حقله العلمي. كان هذا الأستاذ رائع الطلعة والهيئة، أعلم هذا الأستاذ الدكتور لازاروس أنه على خلاف مع زوجته، وراجع عدة معالجين نفسيين للإرشاد. إلا أنه لم يحصل على مراده من هؤلاء المعالجين لأن كل واحد منهم كان فاشلاً في حل مشكلاته. وقد سأله أرنولد عن أسباب قصوراتهم فأجابه الأستاذ: «ضعف الواطية (نسبة إلى الواط الوحدة الكهربائية) الكهربائية».

خلال تقصي السيرة الزوجية لدى الأستاذ طالب الإرشاد، وجد المعالج نفسه يعصر نفسه ليعطي الانطباع إلى هذا الأستاذ أنه يمتلك، أي المعالج، (الواطية الدماغية) المطلوبة لإرشاده، إلا أن الأستاذ أخذ يسأل المعالج عن قدرته العلمية، وأرضيته الأكاديمية، ومن ثم انتقل إلى إبراز قدراته وإنجازاته الأكاديمية، وأدائه في رسالة الدكتوراه، وأعماله العلمية الكبيرة.

لقد امتنع المعالج عن إعطاء تفسير لهذا الأستاذ عن أسلوبه المتسم بالغرور والعجرفة العلمية الكريهة لأنه كان مديناً له في بعض مراحل دراسته العلمية من جهة، ومن جهة أخرى فإن أي تفسير نقدي لعجرفته قد يعطل من تطور علاقات

العمل معه. لذا كان المعالج مصمماً أن (يجتاز الامتحان) عند هذا الأستاذ بقبوله له كيما يعود ويصطحب زوجته إليه.

كانت زوجته مصرة على موقفها وحقوقها. فهي محامية نشطة في السياسات المحلية والحكومة. وقد بدت منافسة، تعصر نفسها لتظهر كفاءتها، تلح إلحاحاً قوياً أن بإمكانها أن تحتل نفس مرتبة زوجها في الشهرة في وقت لم تكن في وضع يمكنها من أن تلتفت إلى أولادها وتوليهم النصيب الكافي من الرعاية والتربية والتنشئة.

كانت تشتكي من سلوك زوجها المتعالي الذي يخفّض من قيمة كل فرد يحتك به، كما وغالباً ما يوجه لها ملاحظات فيها استخفاف بشخصها وبأصدقائها، وبعملها، وبذكائها.

أنكر زوجها الأستاذ كل شكاويها. إلا أنه اعترف بهذه الازدراءات لها ولأصحابها وذلك انتقاماً لسلوكها الجنسي الممتنع معه، ولإمساكها عن حبها له. وبذلك اتضح للمعالج أن كليهما يستخدم التكتيكات العدوانية - السلبية في العلاقة الزوجية. وأن كليهما يمتلك الذكاء اللامع لرفد ترسانته من الأسلحة لاستخدامها ضد الآخر.

باشر المعالج في بادئ الأمر بالتدخل والتوسط بطرح اقتراحات نوعية وذلك بغرض تحقيق الانسجام البيشخصي. إلا أن هذا الأمر وضع المعالج (في بؤرة نارهما بأسلحتهما المدفعية)، فما كان منه إلا أن انسحب من (مرمى نيرانهما) بسرعة إلى الجانب الأمين المتمثل بأسلوب العلامة روجرز. فأخذ المعالج، من حين إلى آخر، في اقتراح أنماط البدائل من التفاعلات.

ففي إحدى الجلسات أخذا يتراشقان الاتهامات بمباراة ساخنة. وبإذن منهما عمد المعالج إلى تسجيل شريط صوتي لمشاحناتهما. وعندما سمع المعالج التسجيل تمكن من تحديد أخطاء مهمة في أفكارهما اللامنطقية في تفاعلاتهما، وعندئذ كتب خطابا إليهما يحدد فيه ويحلل هذه الأساليب التفاعلية، وأوصى بالخطوات النوعية الرامية إلى إحداث التبديل البناء في علاقاتهما. بعد عدة أيام، تلقى المعالج أرنولد لازاروس نسخة عن رسالته في البريد كتب فيها الحرف (-C)

في لون أحمر في الزاوية اليمنى من الخطاب المُعاد إضافة إلى كلمة بخط يده هي: (لمعلوماتكم). وقد دهش المعالج من هذا التكتيك الغريب الصادر عن أستاذه النموذجي؛ الأمر الذي أثار في نفس المعالج عدم الاطمئنان ومن ثم ضربا موعداً فيما بعد باليوم نفسه.

في بادئ الأمر، قرر المعالج استشفاف مشاعر الأستاذ بأسلوب غير دفاعي ومفتوح صريح، ولكن بسرعة وجد نفسه يتأجج امتعاضاً وبدأ يقول للأستاذ التالي: «لقد اندهشت أن مفكراً مثلك يخفي مثل هذه الفجوة العميقة في الفهم» و(في موقف مماثل. إنني أتساءل كم عدد أولئك الأفراد من أصحابك الأقل اعتباراً الذين عجزوا عن فهم المضامين المخاتلة وراء كل توصية من توصياتي النوعية). لقد تعاظم عند كلينا الامتعاض، وأصواتنا أضحت مرتفعة، بينما توسلت زوجته إيقاف هذا التصعيد في المجادلة.

أدرك المعالج أنه فقد ضبط ذاته، وفي محاولة للحفاظ على ماء وجهه، التفت إلى زوجته وقال لها مستعلماً: «ألا يمكن القول إن التفاعل بين زوجك وبيني هو مرآة للمعارك والصراعات التي تطوف في أرجاء بيتكما؟». لقد أكدت أن ما حدث بين المعالج وزوجها هو يماثل ما يحدث لها مع زوجها. وعاد المعالج وقال لها: «ألم تلاحظي كيف أن إظهاري للغضب قد صَعّدَ الحوادث؟». أومأت الزوجة برأسها، فوصفت ما حدث في غرفة المعالجة يماثل ما يحدث في بيتها مع زوجها. وهنا حاول المعالج أن يستغل هذه المواجهة العدوانية حيث كرس ما تبقى من الجلسة للتأكيد على فضائل **تأكيد الذات مقابل التأثير التخريبي للعدوان**.

بعد ذلك لم تعد هناك مباراة في الخصام والصراع والصراخ داخل حقبة المعالجة وخارجها. فقد بدا أنهما استفادا من خدمات المعالج طوال الأشهر القليلة التالية. وقد استمرا في استشارة المعالج استمراراً متقطعاً حينما تبرز مشكلات.

إن النقطة الرئيسية المراد توضيحها في هذه القصة العلاجية هي أن المعالج لم يحب هذين الزوجين فردياً أو ثنائياً، كما لم يحباه أيضاً. كان المعالج ينظر إلى زبونه الأستاذ نظرة متفاخر متعجرف، عصبي، يتسم بسلوك العظمة الممزوج منه بمسحة زورية في منظوره البيشخصي. إلا أنه تعلم أن يحتوي غضبه، ويظهر المحبة الصريحة لزوجته. وهي بدورها، المتلطفة، المتعاطفة لم تكن أقل من زوجها؛ ناقدة منّقبة عن المثالب والعيوب، وتخفي معظم عدم طمأنينتها خلف مظهر خادع من ازدراء معقد. إلا أنها لم تعد تلجأ إلى استخدام الجنس كسلاح، ونادراً ما لجأت إلى تكتيكات عدوانية، سلبية مع زوجها.

إن هذا ما يؤكد أنه ليس من الضرورة أن تُبنى علاقة محبة وعاطفة بين المعالج والمتعالج كيما تتم الفائدة العلاجية. فالمعالج هنا كان غير مستحب من قبل الزوجين، إلا أنهما احترماه وقدرا مهارته العلاجية واستفادا من خبرته. وهذا ما جعلا ابنهما يذهب إلى المعالج لاستشارته في بعض مشكلاته المهنية. **فالاحترام وليس المحبة هو الفاعل الايجابي في النتاج العلاجي. وبالطبع نحن لا ننكر أهمية العلاقة الحميمة والمحبة بين الطرفين.** فمن المستحب أن يكون المعالج محبوباً ومحترماً من قبل زبونه إلا أنه إذا كان لا بد من خيار بين المحبة والاحترام، فالاحترام يأتي بالدرجة الأولى والخيار الأوحد في العلاقة العلاجية الإيجابية بين المتعالج والمعالج.

٤ ـ التوقعات والتناغم

يتصور الكثير من المعالجين أن الناس يلتمسون العلاج بتوقعات ضمنية، وبأن فعالية العلاج غالباً ما تكون مرتبطة بهذه التوقعات. وإذا كانت شخصية المعالج وأسلوبه هما على درجة كبيرة من التغاير والتبدل مع صورة المتعالج الذي ينظر إلى المعالج نظرة اقتدار وتقدير، فإن المأزق العلاجي لا بد واقع. إلا أن هذا الأمر يجب ألا يؤخذ كعملية حتمية وسلبية. فتوقعات المتعالجين يمكن أن يطرأ عليها التبديل والتغيير بواسطة المعالج. فكثير من المرضى، مثلاً، يتوقعون من المعالج

أن (يشفيهم) وهم ليسوا مُعدّين ومهيئين كيما يأخذوا على عاتقهم أية مسؤولية في عملية العلاج ونتائجه. ففي هذه الحالات فإن المهارات العلاجية الجيدة والفن مطلوبان لتحريض التعاون الفعال من جانب المتعالج. وفي هذا السياق فإن توقع الدور المنتظر أن يلعبه المعالج يمكن أن يعاد تركيبه، وذلك من خلال تزويد المتعالج «بمقابلة تحريض الدور» (Wender 1968). وجوهر هذه المقابلة هو أن يُخبرَ المتعالج بما يتوقعه من المعالج، وكيف يتصرف خلال سير العلاج من أجل أن يحصل على الفوائد العلاجية المطلوبة. ولعل العلّامة غولد شتاين (١٩٧١) كان أفضل من عالج هذا الموضوع بدراساته المهمة التي تناولت التعامل مع الجاذبية العلاجية وأساليب إثراء العلاقة بين المعالج والمتعالج.

يقول لنا غولد شتاين (١٩٧٥) في هذا الصدد: «أظهرت الدراسات بما ينفي كل شك أنه كلما تعاظم وكَبر التماثل المركب، كلما كان الانجذاب نحو الشخص الآخر أكبر». ففي لغة العلاج المتعدد الأوجه، فإن نتاجات العلاج الأكثر تألقاً غالباً ما تعتمد على الدرجة المقبولة المعقولة في التماثل بين صيغة BASIC ID الخاصة بالمتعالج وصيغة BASIC ID للمعالج. فمثلاً إن المعالجين الذين يعالجون بالأساليب السلوكية - المعرفية يواجهون مشكلات الاتصال مع المرضى الذين يمضون في الأساليب التخيلية والعاطفية (الحالمون العاطفيون). وأمثلة أخرى حول تغاير الأرضيات الثقافية، والسياسية، والدينية، والإيديولوجية بين المعالج والمتعالج، أو تثار ردود الأفعال المتنافرة البغيضة لأسباب عديدة. فإذا ما برزت مثل هذه التنافرات والتباينات في غياب الوئام والوفاق بين المعالج والمتعالج حينئذ يتعين إحالة المتعالج إلى معالج آخر أكثر ملاءمة بدلاً من الإلحاح على أن الصعوبات القائمة بين المعالج والمتعالج يمكن حلها وتسويتها.

وبهذا السياق الذي نحن فيه نذكر المثال التالي والكلام للدكتور أرنولد لازاروس:

«راجعتني منذ عدة سنين أرملة ثرية. خلال مدة عشر دقائق من بدء المقابلة الأولى بدأت أشعر بالتهيج والامتعاض منها. وفي سياق الإصغاء إلى شكاويها

الشخصية ومشكلاتها، أدركت أنها بغيضة، وعدوانية. «فهذا التحويل المعاكس السلبي» أقلقني. وكنت أتساءل لماذا هذه المرأة تعمل على إثارة هذه الاستجابات السلبية في نفسي؟ لعلها لم تستظرفني لذلك كانت تلك استجابتها نحوي. ترى بماذا كنت أكلم نفسي؟ ما هي الصور والتخيلات التي أثارتها في نفسي؟ لماذا أغلقتُ على نفسي الحنو والشفقة؟ ماذا حدث لي؟ وفجأة أسعفني مثل هذا الاستبصار بالذات. لقد ذكرتني بزميل معالج كانت عندي كل الأسباب والذرائع لكراهيته. ففي أثناء النظر إليها كنت أدرك التشابه البدني بينه وبينها، وفي لحن الصوت ونغمته، وأيضاً في بعض الحركات والسلوكيات وغير ذلك من السمات المتماثلة معه. وبعدما علمت كيف كنت أسقط سماته عليها، تساءلت هل بإمكاني الفصل بينه وبينها وأتعامل معها بدون هذه المشاعر السلبية؟ كان ذلك مستحيلاً. إذ بمجرد أن أسمع كلامها، تحيط بمخيلتي الأحزان التي لم أقدر على حلها مع زميلي. وفي نهاية الأمر تصرفت بما يملي علي خلقي المهني أن حولتها إلى هذا الزميل لعلاجها (وفي نهاية الجلسة قلت لها مبرراً إحالتها إليه»): عندما أعالج أنموذج مشكلتك، فأنا لست بنفس مهارة وجودة زميل أوصي أن تذهبي إليه». وقد اندهش هذا الزميل الذي أكرهه كيف حولت له مريضة ثرية. فما كان منه إلا أن شكرني على الهاتف بتحويل هذا (الكنز الثمين له). وبدورها شكرتني على تحويلها إلى هذا المعالج (الرائع الجميل). وبكل تأكيد لو استبقيتها عندي لما حصلت مني على أي فائدة علاجية.

أيضاً (والكلام هنا لمترجم الكتاب) اتبعت هذا الأسلوب نفسه مع عدة مرضى ومريضات وجدت أنه يصعب علي الاستمرار في معالجتهم رغم عدم وجود أية مشكلات في أجور علاجهم لأنني لم أستطع التناغم معهم إما لأسلوبهم الصلف والمتعجرف (أغنياء)، أو لمركزهم الاجتماعي السلطوي الكبير، أو لسمات شخصياتهم المنفرة في التفاعل والتقرب، أو لتقاعسهم عن أداء واجباتهم التدريبية العلاجية البيتية، وعدم صلاحيتهم للعلاج النفسي المتعدد المذاهب (الدواء هو أفضل وأسهل طريقة لهم).

وخلاصة القول أن على المعالج أن يحيل المرضى إلى معالج آخر عندما يجد عدم توافق بينه وبينهم إما بفعل الإسقاطات التحويلية السلبية الصادرة عنه أو عن المرضى أنفسهم. ولا ننسى أن المريض أسهل عليه الدواء (المعالجة الدوائية) من العلاج النفسي الذي يتطلب منه التناغم مع متطلبات العلاج من تدريب بيتي وبيئي حسب تعليمات المعالج، إضافة إلى كلفة العلاج الباهظة بالموازنة مع العلاج الدوائي. إلا أن من واجب المعالج أن يثقف المريض في بادئ الأمر عن ماهية المعالجة النفسية وحدود فعاليتها، وأيضاً حدود المعالجة الدوائية في علاج اضطرابه. وأن مثل هذه التوعية من شأنها أن تترك للمريض الخيارات في انتقاء نوع المعالجة.

٥ ـ في البحث عن الملاءمة لخاصية المرض

في بعض الأحيان، يبدو مهماً تجاوز جميع الاعتبارات السالفة الذكر للبحث عن التوقعات الأكثر شدة ومراوغة. وفي المثال التالي خير توضيح للقصد.

راجعت مريضة تشكو من قلق مزمن، منذ منذ ١٣ سنة، معالجاً بارزاً. وقد راجعت طيفاً واسعاً من الأطباء الداخليين والنفسيين، ومختصين بالتنويم خلال مدة مرضها. وقد كان المعالج الذي نحن بصدده يأخذ بالعلاج السلوكي. فعالجها بدون طائل بمختلف الطرق السلوكية مثل: التدريب على الاسترخاء، وإزالة التحسس المنهجي، والإغراق Flooding وإيقاف الأفكار Thoughts stopping. وفكر بمعالجتها باستنشاق ثاني أكسيد الكربون بمساعدة أخصائي في التخدير (وهو علاج سلوكي يناهض القلق بسبب الضيق الشديد التنفسي الذي يشعر به المريض والذي يُقرن عادة بموضوع القلق).

كما حاول معالجتها بتقنية التنفيس abreaction بواسطة بانتوتال الصوديوم (تحرير مشاعر القلق بالعيش بالخبرات الراضية وإثارتها عن طريق التخدير بالبانتوتال لإلغاء الرقابة الشعورية). في نهاية المطاف علم المعالج أنها راجعت طبيباً متخصصاً بتقويم العمود الفقري Chiropractor الذي صور عمودها الفقري بأشعة إكس، وجهازها الهضمي حيث أفادها أن سبب عُصاب القلق الذي تعانيه

مصدره وجود انضغاط في نهاية الأعصاب في عمودها الفقري إضافة إلى سموم في الغليظ (القولون). وأوصى بالعلاج الفيزيائي لعمودها الفقري، واستعمال حقن لغسل الكولون مرتين أسبوعياً.

وفي الواقع تعاطت هذه المعالجة مرتين في الأسبوع ولمدة ستة أسابيع فأصابت تحسناً من القلق واضحاً. وأوصى المعالج بعدها بمعالجة صيانة مرتين في السنة.

إن السؤال المطروح هو: ما هو تفسير هذا النجاح في علاج هذه الحالة بالطريقة السالفة الذكر؟ بالطبع لا توجد علاقة، على المستوى الطبي بين انضغاط جذور الأعصاب والقلق، ولا بين الحقن الشرجية والقلق.

إن التفسير المقبول لهذه النتيجة العلاجية أن المريضة استجابت لهذا النمط من العلاج بكونه بلا سيبو[1] Placebo الذي نشط تخيلاتها الهامة، وتفكيرها، والعمليات العاطفية لإثارة توقعات العون وأمل الشفاء، والإيمان بنتائج المعالجة. ومن المحتمل كان هذا التحسن بفعل ما يسمى بالشفاء التلقائي. وقد يتبادر هنا إلى الذهن السؤال التالي: (هل صدف في حقبة من حياتها أن كانت قادرة على إيقاف أعراضها)؟. وإذا ما حدث هذا، فأي نوع من العلاج يعطي النتائج نفسها؟. وجانب أخر في تفسير هذا التحسن أو الشفاء أن «الطبيب الطبيعي» (أي الذي عالجها بالحقن الشرجية وتمسيد عمودها الفقري) كان تفسيره لأسباب قلقها (انضغاط جذور الأعصاب ووجود سموم في أمعائها) منسجماً ومتوافقاً مع توقعاتها، وتركيبها الذاتي الشخصي، وطبيعة نظرتها وتفسيراتها للمرض ومعالجته.

في بادئ الأمر استشارت أطباء بشريين مشهورين، وأُجريت لها فحوص عديدة - دموية، وغدية صمية - وعصبية، وفحوص طبية أخرى حيث أظهرت جميعها أنها في حالة صحية بدنية جيدة.

---

(١) بلاسيبو هي مادة لا دوائية تؤخذ معياراً في تجربة الأدوية الطبية عند مقارنة تأثيراتها العلاجية في ميدان الصناعة الدوائية. إذ من المعلوم أن للإيحاء تأثيرا كبيراً في العلاج الدوائي. والبلاسيبو مادة لا دوائية إيحائية.

وصف لها أحد الأطباء المهدئات، بينما آخرون أشاروا عليها بمراجعة أطباء نفسيين، حيث هؤلاء بدورهم وصفوا لها الأدوية النفسية. ومما قالته بهذا الصدد: «تعلمت أيضاً بعض الأمور المهمة حيال ذاتي إلا أنه لا شيء أفادني في إزالة اضطراب القلق الذي أعانيه».

الفصل السابع

انتقاء التقنيات العلاجية

بعد جمع البروفيل الأنموذج Modality profile الذي يوجّه نحو القصورات في سلوكيات المريض، وردود أفعاله الانفعالية، والاحساسات، والتخيلات، والأفكار، والعلاقات البيشخصية، والوظيفة البيولوجية، فإن المرحلة التالية هي كيف يتم انتقاء التقنيات العلاجية المناسبة الملائمة لحالة المريض؟ وبكلمة أخرى، أنت كمعالج، كيف تقرر أياً من المشكلات والنماذج تأخذ الأولويات في العلاج، وما هي الإجراءات الخاصة التي ستأخذ بها؟.

يوصي الدكتور أرنولد لازاروس، وهو مؤسس المدرسة العلاجية المتعددة الأوجه، **أن يبدأ المعالج بالأساليب الأكثر منطقية ووضوحاً**. ويلح العّلامة واتزلاويك (١٩٧٨) WATZLAWICK على أن ملاحظة المريض الدقيقة لمحاولاته غير الناجحة الرامية لحل مشكلاته، فإننا نتمكن من تجنب مشكلة الحلول المؤقتة العابرة المرسخة. فنحن هنا نرغب في أن نتجنب الأدوية التي تصلح لجميع الأمراض Panacea، ولكن أيضاً نرغب في التغلب على أي نزوع وميل أن نجعل من المشكلات المباشرة في حالة تعقيد بلا طائل فإن **كان المريض (متوتراً) فإن الترياق (الدواء المضاد) المناسب له هو (العلاج الاسترخائي) . وإذا كان سلبياً بليداً، خجولاً، فنوصي له بالتدريب على تأكيد الذات** Assertive training. وإذا كان تفكيره خاطئاً ومعتقداته غير صحيحة، فلا بد من تطبيق تقنية العلاج العقلاني الانفعالي بتصحيح جهاز معتقده، وبنيته المعرفية كمداخلة علاجية تأتي بالمرتبة الأولى.

هذا، وكما تكلمنا في الفصول السابقة، إن بروفيل الأنموذج يضع الشكاوي النوعية ضمن إطار العمل العام. وهكذا، فإذا كان هناك ما يدل على وجود تفكير ذُهاني أو توهمي delusional بحيث أن المعتقدات الخاطئة هي جزء من هذا التفكير، حينئذ فإن الأدوية المضادة للذهان كالفينوتيازينات هي الخط الأول

العلاجي وليس تصحيح الأفكار الخاطئة ومناهضتها . وإذا اتضح أن التكتيك العلاجي الأكثر منطقية غير فعال، حينئذ لا بد من المتابعة بإنشاء بروفيل الأنموذج، أي ما أسميناه الترتيب الثاني للمعادلة BASIC ID الذي يحدد الاستراتيجيات البديلة . وإن الحالة التالية توضح للقارئ القصد والمراد مما ذكرناه، حيث نبين كيف أن التقنيات تتداخل مع بعضها البعض:

السيد (س) عمره ٣٢ سنة يشكو بأنه يعاني من: القلق، وعادات طقوسية جبرية، ومشكلات طبية، منذ أن ترفع إلى مرتبة كبير العمال في مصنع قبل سنتين، ووفقاً لرأي طبيبه (فإن المشكلات الطبية) كانت تعزى إلى حد كبير (للشدة والتوتر) - اضطرابات بدنية نفسية المنشأ - (يشكو من صداع شديد، ونوبات التهاب كولون متكررة) . تزوج منذ قريب (يضاف الاضطراب الجنسي إلى لائحة شكاويه) كما أبان للمعالج .

خلال المقابلة الأولية، كان المريض السيد (س) متوتراً، وهذا ما دفع المعالج إلى تخصيص ١٥ دقيقة من الجلسة الأولى لتدريبه على الاسترخاء . وبالإضافة إلى ذلك أعطي تسجيلين صوتيين للتدريب البيتي على الاسترخاء والتغلب على الصداع . في نهاية الجلسة أعطاه المعالج استبيان القصة الحياتية ليكتبه (الملحق رقم ١ من هذا الكتاب) في داره .

خصصت الجلسة الثانية لمناقشة البنود الواردة في القصة الحياتية والتي تتطلب التوضيح، في حين استمر التدريب على الاسترخاء والذي تركز خاصة على رقبته، وكتفيه، وفكيه، والمنطقة الوجهية، والبطن .

قبل الجلسة العلاجية الثالثة . تم إنشاء البروفيل الأنموذج التالي :

الأنموذج	المشكلات	التقنيات العلاجية المقترحة
السلوك (B) Behavior	الفحص الجبري (الفرن ، الأبواب ، العمل ...الخ) .	ـ الرصد الذاتي للسلوكيات . ـ منع الاستجابة الجبرية (أي الامتناع إرادياً عن تنفيذ السلوك الجبري) .
العاطفة (A) Affect	كظم العواطف والانفعالات أو الانفجارات العصبية	ـ التدريب على تأكيد الذات . ـ الأحاديث مع الذات المضعفة للغضب والمهدئة للذات . ـ التنفس البطني البطيء .
الإحساس (S)	ـ التوتر . ـ القذف المبكر خلال الجماع الجنسي (نادراً ما يتجاوز الجماع الجنسي دقيقتين)	ـ التدريب على الاسترخاء . ـ التدريب على إطالة عتبة القذف خلال الجماع .
التخيل (I)	صور سخرية ، عندما كان طفلاً ومراهقاً من قبل رفاقه في عمره	ـ إزالة التحسس المنهجي .
الأفكار (C)	ـ يستخدم الصيغ الجبرية الإلزامية **(Shoulds musts)** ـ يفرض مطالب على نفسه . ـ يحقر ذاته ، الميل إلى إتقان العمل وفرض هذا الإتقان على كل عمل يقوم به **Perfectionist**	ـ إعادة تركيب الأفكار وتصحيحها (تصويب الأفكار الخاطئة)
العلاقات البيشخصية (I)	منافس في معظم الأوقات : ينخرط انخراطاً كبيراً من ممارسة القوة والسيطرة	ـ التدريب على كيفية خلق العلاقة الصداقية . ـ إعادة بناء العلاقة البيشخصية .
الأدوية (D)	ـ يتعاطى دواء فاليوم ٥ ملغم يومياً. ـ ودواء مرخي عضلي للصداع . ـ ودواء لوموتيل لالتهاب الكولون .	ـ التدريب على مهارات الاسترخاء . ـ المحاولة لإيقاف الأدوية .

إن بروفيل المريض المذكور يكشف عن معاناته من التوتر، والقلق، ومشاعر المنافسة والتحدي، ومطالب إتقان العمل، وعادات جبرية، وشكاوى بدنية، والسخرية منه من قبل رفاقه في السن خلال طفولته ودراسته الثانوية (في دراسته الابتدائية كان اليهودي الوحيد في حيّه المضاد للسامية).

إن هذه الخبرات السلبية شجعت نزوعاته المُعاوِضة التي أخذت صور طرق فرض المطالب على ذاته (Shoulds musts) والسلوكيات الجبرية، الوسواسية. كان في الواقع يميل إلى كظم مشاعر غضبه أو أنه ينفجر غاضباً لأية إثارة بسيطة الأمر الذي يستدعي تدريب المريض على تقنية تأكيد الذات بحيث يستطيع التعبير عن مشاعره بصراحة، وبأسلوب اجتماعي مقبول وليس بالانفجارات الانفعالية (Salter 1949, Rozarus 1980).

ونظرة سريعة إلى بروفيل الأنموذج، قد يثير عند فرد ما التساؤل الذي يقول: لماذا صُنّف البند (الكظم والانفجار) في أنموذج العاطفة Affection وليس في أنموذج السلوك B؟. وينسحب الأمر نفسه على (القذف المبكر) حيث صُنّف هذا الاضطراب في أنموذج الإحساس (S) بينما في حالة أخرى وُضع هذا الاضطراب في أنموذج العلاقة البيشخصية (I). والواقع أنه تضييع للوقت محاولة البت في الميدان الصحيح في تصنيف المشكلة واختيار الأنموذج المناسب لها في التصنيف.

فالموقف الذي يتخذه المريض قد يفرض التصنيف الأوفق للمشكلة. وحيث أن المريض السيد (س) كان منزعجاً وبكاءاً عند الكلام عن ميله نحو كبت أو الإفراط في كظم مشاعره، فقد ضَمَّن المعالج هذه العناصر الانفعالية في أنموذج العاطفة. أما الدفق أو القذف المبكر Premature ejaculation (مشكلته الجنسية) فقد صُنف في أنموذج الإحساس بسبب الطريقة التي عبر عنها المريض هذه المشكلة. فالمريض وصف ردود فعله الذاتية، وكيف كان يشعر عندما يصل إلى ذروة الحتمية في دفق المَني. هناك مرضى يفسرون ردود أفعالهم الحسية وينغمسون في انتكاساتهم البيشخصية. (إن هذا الدفق المبكر السريع يزعج

زوجتي جداً) (أشعر وكأني شخص جدير بالازدراء مع أن زوجتي لا تشتكي أبداً).

إن ما نقصده هنا ليس كل مشكلة يجب أن توضع في الأنموذج الملائم أو الأكثر ملاءمة، ولكن يتعين أن تصنف كل مشكلة مهمة في مكان ما المخطط أو اللائحة.

ففي العلاج المتعدد الأوجه، ليس من غير المألوف أن يعمد المعالج إلى إجراء مداخلات علاجية نوعية خلال المقابلة الأولى. إذ ليس من الضروري أن ينتظر المعالج حصوله على جميع أساليب التقويم ونتائجها قبل البدء بإزالة الكرب عن المريض.

وكما ذكرنا في الفصل الثالث من هذا الكتاب، فخلال الأطوار من المقابلة الأولى مع المريض – من المفيد أن يكون تقرب المعالج بأسلوب مفتوح صريح، وحيادي، ومقبول، وفيما بعد يتعين على المعالج أن يحاول زيادة **الألفة مع المريض من خلال الالتفات إلى توقعاته.**

في المقابلة العلاجية التي ذكرناها مع السيد (س)، خلال ١٥-٢٠ دقيقة اكتشف المعالج، من خلال حركات المتعالج والوضعية التي اتخذها، أنه على درجة واضحة من التوتر، ومن ثم وصف ذاته أنه مشدود مثل (شد الطبل). ومع سير المقابلة واستمرارها لم يُظهر السيد (س) أية علامات (الارتخاء والاسترخاء). وهنا طرح عليه المعالج استعداده إلى تعليمه الاسترخاء فأجاب المتعالج بالإيجاب حيث، كما ذكرنا، خصص ١٥ دقيقة من وقت المقابلة لتعليمه الاسترخاء. أما في الجلسة الثانية كانت تتمحور حول جمع المزيد من الحقائق والمعلومات عن قصة المريض إضافة إلى مزيد من التدريب على الاسترخاء. وفيما بعد كان المعالج مستعداً لإضافة أنموذج آخر من المداخلة العلاجية.

في الجلسة الثالثة بدأت بذكر المريض لمتاعبه في العمل. إذ كان يتعرض ظلماً وتعدياً إلى النقد من قبل زميل له في العمل. وقد قرر المريض مقابلته

معتذراً وكاظماً مشاعره نحوه. وقد اعتبر المريض أن سلوكه كان ملائماً على عكس ما كان عليه أن يتصرف.

مع مزيد من السبر اتضح للمعالج أن المريض يعاني من قصورات متعددة في علاقاته البيشخصية وعدوان سلبي. لذلك فقد بدأ المعالج يعلمه التدريب على تأكيد الذات. وانخرط معه في لعب الدور role- playing حيث رسم له استجابات بديلة عليه أن يظهرها المتعالج عند تعرضه للنقد في العمل. وتمحور تدريب تأكيد الذات على ألا يقول نعم عندما يرغب أن يقول لا، أي أن يعبر عما يجول في مشاعره عندما يتعرض للنقد، ولكن بدون تهجم أو عدوان. وفي نهاية الجلسة الثالثة ناقش المعالج مع المتعالج بروفيل الأنموذج الخاص به. وقد فتح المعالج له الباب ليبدي رأيه في البروفيل وبخاصة الميادين التي فيها شكاوي محذوفة.

هنا أضاف المريض (الاكتئاب) إلى النموذج الانفعالي لأنه كثيراً ما يشعر أنه منحط المزاج عندما تسير الأمور سيراً سيئاً في العمل، وأيضاً عندما يكون تدقيقه الجبري بالأمور خارج يده لا يستطيع أن يمارسه. «ومن خلال تطبيق المهارات التأكيدية للذات في علاقاتك البيشخصية ستلاحظ حكماً التحسن في علاقاتك مع الناس في العمل» هذا ما قاله المعالج للمريض.

ثم سأله المعالج فيما إذا كان يرغب في البدء بالتعامل مع عاداته الجبرية وطقوسه الوسواسية: «هل تفكر بأننا نستطيع البدء أولاً بعمل شيء حيال مشكلتك الجنسية؟ فأنا أقترح عليك أن تستدعي زوجتك لحضور الجلسة العلاجية المقبلة بحيث نستطيع أن نضيف ما نسميه بتدريب العتبة» Threshold training (Semans 1956) إلى التدريب على الاسترخاء وأيضاً التدريب على تأكيد الذات[1].

---

(١) نلاحظ هنا الأسلوب غير العادي المتبع. إذ أن المعالج لم ينتظر انتهاءه من أخذ كامل القصة المرضية من المريض، ومن ثم وضع الخطة العلاجية خلال الجلسات التالية، بل كان يدربه على العلاج من خلال تعاقب الجلسات العلاجية حسب البروفيل الذي يسبره.. ففي الجلسة الأولى دربه على الاسترخاء، وفي الجلسة الثانية على تأكيد الذات، وأعده في الجلسة الثالثة للتدريب على إطالة مدة الدفق في الجماع الجنسي والتعامل مع السلوك الوسواسي (المترجم).

ففي العلاج المتعدد الأوجه، إن انتقاء التقنيات العلاجية والتركيز على ميادين المشكلة المختلفة **لا يستندان إلى الحدس والعمل التخميني العشوائي** كما أكد لنا ذلك العّلامة ولسون (١٩٨٠). فاختيار التقنيات غالباً ما يتبع منطقياً القضايا، والمسائل الأساسية التي تظهر وتبرز خلال سير العلاج. فمثلاً عندما درب المعالج المريض وزوجته هنا (من أجل زيادة عتبة تأخير دفق المني) على تقنية (توقف ومن ثم باشر)، (أي عندما يصل المريض إلى ذروة المتعة فيشعر بدنو القذف، عليه أن يتوقف عن الجماع ويأخذ تنفساً عميقاً، وأحياناً، وهذا الأفضل، أن يضغط بأصبعيه على خصيتيه ضغطاً غير مؤلم، لتأخير القذف، ومن ثم يعود إلى إيلاج قضيبه ويمارس الجماع، ومن ثم يتوقف ويكرر ما ذكرناه، وبهذه الطريقة يزيد من مدة جماعه الجنسي - المؤلف -)، أفادت زوجته أن طقوساته الجبرية - الوسواسية تزيد من إزعاجاتها أكثر من ضعف قدرته الجنسية على إطالة مدة الجماع.

أما هو فكانت الأفضليات في المشكلات مختلفة عن زوجته، ومع ذلك وافق على أن السلوكيات الجبرية كانت أكثر تعطيلاً لنشاطاته وحياته الزوجية لذلك اتفق المعالج مع المريض وزوجته أن يكون التدريب على إزالة السلوك الجبري في الجلسة الثالثة المقبلة (بروفيل الأنموذج أنشئ لزوجته أيضاً لأن المعالج وجد أنه نافع منهجياً للتعرف على ميادين سوء التفاهم والصراع مع زوجها اللذين قد يخربان العلاج).

في علاج الاضطراب الوسواسي - الجبري، أبانت الأبحاث أنه بالإضافة إلى طريقة إعادة تركيب البنية المعرفية (Cognitive restructuring)، والطرق المختلفة المُضعفة للشدة والتوتر (أي الاسترخاء، وتشتيت الانتباه، وإيقاف الفكرة الوسواسية). **فإن منع الاستجابة تُعد من أهم الاستراتيجيات الفعالة في علاج الطقوس الجبرية**[1].

---

(١) راجع كتاب العلاج النفسي الحديث للاضطراب الوسواسي - الجبري تأليف الدكتور محمد الحجار إصدار دار طلاس للنشر عام ١٩٩٢م دمشق.

وبما أن المريض السيد (س) يتسم بحسٍ نامٍ من التكامل (أو الرغبة في التكامل)، ولديه دافع شديد، لذا فإن تقنية منع الاستجابة قد أُوصِي بتنفيذها والتدرب عليها على أساس التدبر الذاتي (أي أن يطبقها بنفسه بدون مراقبة). وحيث كان في ذلك الوقت وخلال المعالجة الرئيس ريتشارد نيكسون على وشك أن يتهم أمام القضاء بفضيحة (وترغيت) المعروفة. وكان المريض متعاطفاً معه واعتبر اتهامه إهانة معنوية للرئيس نيكسون، فقد اتفق المعالج مع المتعالج تعاقدياً أن يرسل للرئيس نيكسون هبة مقدارها ١٠٠ دولار في كل مرة يخرق المريض العقد ويمارس طقوس الفحص الجبرية الوسواسية. وبالإضافة إلى تقنية منع الاستجابة كان من وظائف المريض البيتية الواجب أن يمارسها التدرب على الاسترخاء، والتدرب على تأكيد الذات تخيلياً وميدانياً (أي خلال وجوده في العمل مع رفاقه في العمل)، والتدريب على رفع عتبة جماعه الجنسي.

كانت الانتكاسات تشاهد من وقت إلى آخر وحتى في الحالات المباشرة الصريحة. بعد الجلسة السابعة عشرة، بدأ المريض يعاني من نوبة قلق حادة كانت على ما يبدو تتسرع بالظهور حين الكلام عن العمل، ومرتبطة أيضاً بخصام مع زوجته. وفي رأي المعالج أن هذا ما يستدعي دمج (التدريب على الصداقة وبناء العلاقة) من خلال عملية التدريب على تأكيد الذات. وإضافة إلى لعب الدور، أعطي المريض نماذج بيشخصية مختلفة (تقربات خضوع وقبول لمواقف، تقربات تأكيد الذات تقربات سابرة حاكة abrasive). وقد ركز المعالج على موضوع الحب والصداقة القائمين على المشاركة والثقة وليس على الربح. وبما أن المريض يميل إلى القراءة، وهو بذلك يستفيد من التثقيف الخاص لذا فقد أعاره المعالج نسخة عن دراسة بعنوان: (النفس الشفافة) لقراءتها. فيما بعد تبني المتعالج التدريبات في الانخراط في مزيد من الكشف عن النفس، فسمح بذلك أن يبرز المزيد من نقاط ضعفه. كما أن الجلسات التي ضمّت المريض وزوجته شددت على الرغبة في مزيد من الكشف عن الذات والتحرر من قيود المقاومة الذاتية، إضافة إلى تعلمهما الإقلال من **استخدام الأحاديث مع الذات والعبارات الجبرية،**

وفرض المطالب على الذات (تصحيح البنية المعرفية)، أي الإقلال من استخدام التعابير الجبرية التي تفرض على الذات (يجب، يتعين، لا بد ... الخ).

بعد ١٢ جلسة علاجية دامت ثلاثة أشهر نفذ المتعالج كل تقنية اقترحها المعالج له على ما ورد في بروفيل الأنموذج الخاص به عدا تقنية إزالة التحسس Desensitization تخيلياً. سأله المعالج فيما إذ كانت استعادة الذكريات السابقة (استهزاء رفاقه منه خلال المدرسة لأنه يهودي) ما زالت تزعجه فأجاب المتعالج بالإيجاب «عندما أفكر وأتخيل ذلك، فإن هذا يزعجني ويوترني كثيراً». ومع الوقت، تضاءلت جميع أعراضه وشكاويه. وبما أنه التزم بالاسترخاء، فقد بدا منطقياً أن يوفر قدرته في إزالة تحسسه من التخيلات الاستهزائية التي لازمت طفولته ويفاعته بحيث تمكن من خلق إحساس اللامبالاة لمعاناته وآلامه السابقة من استهزاء رفاقه من دينه وشخصيته.

لقد أنشأ له المعالج سلماً هرمياً Hierarchy خاصاً بالإهانات ابتداءً من الطعن والقدح العرقيين الخفيفين، وصعوداً في هذا السلم حتى الوصول إلى المشاهد والتخيلات الاستهزائية المنكرة الحادة. ومن خلال الأخذ بأسلوب إزالة التحسس المنهجي الكلاسيكي (ولبي ولازاروس عام ١٩٦٦) تمكن المريض من تحقيق استرخاء عميق وطلب تخيل المشهد الأقل إزعاجاً على ذلك السلم[1]. فإذا ما كان بحالة قلق أو مضطرباً، عليه أن يرفع إبهامه الأيمن. وهنا يظل يتخيل الموقف المزعج لعدة ثوانٍ بعد أن يتضح الموقف المثير للإزعاج في ذهنه، وبعدها يقطع تخيله ويعود إلى حالة الاسترخاء لدقيقة أو دقيقتين. ومن ثم يعاود تعرضه تخيلياً للموقف بهذه الصورة التي يتناوب فيها التعريض وإيقاف التخيل والاسترخاء إلى أن يشعر المريض بزوال انزعاجه ووصوله إلى نقطة الصفر. وهنا يكون انزعاجه

(١) لمزيد من الإيضاح والتفصيل في هذه التقنية العلاجية التخيلية راجع كتاب (العلاج النفسي بقوة التخيل) تأليف الدكتور محمد الحجار إصدار المركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب بالرياض عام ١٩٩١م.

من هذا الموقف قد زال، حيث ينتقل إلى الموقف على السلم الأكثر انزعاجاً ويتعامل معه وفق الأسلوب نفسه. وهكذا حتى يأتي على كامل المواقف المرصودة على السلم الهرمي. هذا باختصار هو أسلوب إزالة التحسس المنهجي التخيلي المعروف باسم إطفاء المخاوف والانزعاجات الإشراطية بالطرق السلوكية.

إلا أن التقنية المذكورة لم تنجح عند هذا المريض في إزالة انزعاجه تخيلياً من طفولته التعيسة في الاستهزاء والازدراء من أصدقائه رغم الاسترخاءات العميقة التي كان يناهض بها تخيله للموقف الإشراطي المزعج. لذا عمد المعالج إلى إنشاء الترتيب الثاني Second - order للصيغة BASIC ID وفقاً للحوار التالي:

المعالج: إذا تخيلت ذاتك أن الأولاد يستهزئون منك، ترى كيف تتصرف ذاتك؟ أي ماذا تفعل؟

المتعالج: أنسحب من الموقف.

المعالج: الآن هل في مقدورك أن تتخيل ذاك الموقف تخيلياً حياً، أي أن فرداً يحقرك؟ خذ الوقت الكافي في تخيل هذا الموقف.

المتعالج: (بعد عدة ثوان من التخيل) نعم أمكنني تخيل هذا الموقف.

المعالج: ماذا تشعر بالضبط.

المتعالج: أشعر بالغضب والحنق.

المعالج: ما هي الإحساسات التي تصاحب هذا الغضب؟

المتعالج: إحساس حرارة عارمة. أشعر بها في رأسي ومن ثم تنزل إلى قدميّ. أحس وكأنني أتعرض إلى لهب الحرارة.

المعالج: ما هي الصور الأخرى التي تطوف في مخيلتك؟

المتعالج: الهجوم. أتخيل نفسي مسعوراً.

المعالج: ماذا تفعل عندما تكون مسعوراً؟

المتعالج : لا أدري ، قد ألجأ إلى العض والضرب .

المعالج : هل تميل إلى استخدام السلاح ؟

المتعالج : أستعمل يديَّ فقط .

المعالج : هل كنت تضربهم ؟

المتعالج : أنا لا أرغب في قتلهم أو الإقدام على أي سلوك من هذا القبيل .

المعالج : بعيدا عن تخيلات الاعتداء عليهم ، ما هي الأفكار التي تطوف في ذهنك ؟ وبماذا تكلم ذاتك ؟

المتعالج : كانت والدتي على حق ، فهي تنتقدني كثيراً وتزدريني ، وتطلب مني أن أدخل في صراع معهم .

المعالج : لم تفصح عن هذا الأمر من قبل .

المتعالج : كان هذا مدفوناً في الأرض إلى أن بدأت بالتفكير به .

المعالج : ما هي المضامين المتعلقة بك وبالآخرين ؟

المتعالج : ماذا تعني بذلك ؟

المعالج : عندما تتخيل ذاتك تفجر كل قوى غضبك .

المتعالج : أقول إنه رفض مطلق . فإذا انفجرت مستعر الغضب وقارعتهم فمن الذي يرغب في أن يشاركني ؟

المعالج : هل أنت بحاجة إلى شراب قوي أو أي شيء ؟

المتعالج : هل أنت تسخر وتضحك ؟ أرغب أن أكون حاداً مثل المسمار الصغير .

إن الترتيب الثاني التالي للصيغة BASIC ID هو :

الاستهزاء

B : الانسحاب .

A : الغضب والحنق .

S : حرارة لاهبة تعتري جسده.

I : الهجوم.

C : الأم كانت على حق.

I : الرفض المطلق.

D : ــــ

ليس غريباً أن تفشل تقنية إزالة التحسس. لقد استخلص المعالج خطأ أن المريض السيد (س) كان قلقاً لأنه تعرض إلى ملاحظات ناقدة وساخرة، في حين كان على درجة كبيرة من الغضب والحنق. ومن خلال الوصول إلى هذه النقطة الدقيقة للموقف، فإن الخطوة الأكثر منطقية **كانت في الإمعان بالتدريب على تأكيد الذات والإلحاح عليه**، والانتباه بخاصة إلى **الفرق بين تأكيد الذات والعدوان**.

لقد خطط المعالج للكشف عن العلاقة القائمة بين الولد والأم (أي المريض وأمه) وبالتالي معاينة طيف عدوان وغضبه، إلا أن المريض تلقى إشعاراً بقبوله في عمل اضطر على إثره إلى الانتقال إلى ولاية أخرى. نصح المعالج المتعالج أن يقرأ كتاب: (كيف تعيش بدون غضب) للعّلامة ألبرت أليس (١٩٧٧)، وأعطاه اسم وعنوان معالج نفسي في ولايته التي سيعمل بها حيث يستطيع أن يراجعه ويكمل علاجه هناك.

بعد ١٧ جلسة علاجية مع هذا المريض تمت خلال أربعة أشهر أحرز **المريض تحسناً مقداره ٨٥٪، إذ تراجع الصداع تراجعاً كبيراً وأيضاً أعراض تشنج القولون والاضطراب الهضمي، وأخبر المريض معالجه أنه أضحى أقل قلقاً وتوتراً وخفت إلى حد كبير السلوكيات الجبرية الوسواسية. كما تحسنت إلى حد كبير علاقاته مع زوجته ليس جنسياً فقط ولكن أيضاً في المجال العاطفي ودفء الحنو والتعاطف**.

إن هذه القصة العلاجية تُظهر لنا أهمية انتقاء التقنيات النوعية التي تتبع التعاقب المنطقي، إضافة إلى أهمية كون العلاج ذاته مسألة تعاونية تامة بين

المعالج والمتعالج، فلا يمكن الوصول إلى مثل هذه النتيجة بدون حافز وتعاون من جانب المريض في تطبيق التوصيات العلاجية من جهة، ومتابعة المعالج باهتمام حالة المريض وتقصي مشكلته بعمق، والاختيار الذكي للأسلوب العلاجي الملائم لحالته واضطراباته من جهة ثانية.

وبيّنا أيضاً كيف أن المعالج صحح خطأه (عندما طبق تقنية غير ملائمة) من خلال إنشاء الترتيب الثاني للصيغة BASIC ID فتكشف له من خلال هذا التصحيح عمق الاضطراب النفسي وعلاقة والدته بهذا الاضطراب من جراء مشكلات طفولته مع أصدقائه (بكونه يهودياً والتمييز العرقي).

إن قصة السيد (س) هي بسيطة نسبيا ومباشرة، وقد يتساءل القارئ إذا كانت هذه حالة علاجية بسيطة نسبياً فما هي الحالات المعقدة من الوجهة العلاجية؟ هل التعقيد يتأتى **من العادات المرسخة المُثابة بمكاسب وربح ثانوي ورئيسي**؟ بل وهل التعقيد يتمثل بوجود سمات الاضطراب الذُهاني؟ وهل مجرد وجود تناقض عاطفي Ambivalence، أو شكوك، أو حافز محدود نحو المعالجة لتحكم على هذه الحالة أنها معقدة؟ وهل التعقيد يدخل في نطاق الصورة عندما تكون مشكلات المريض متداخلة مع ديناميكيات أسرية مضطربة؟ وهل التعقيد يتجسد في كون المخاطر البيئية وظروف الحياة مسؤولة عن اضطراب الوظيفة النفسية؟ ثم متى يكون التشوش والإنكار، وضعف فهم الذات مسألة تقع ضمن نطاق المتلازمة السريرية - الإكلينيكية Clinical syndrome وبذلك تكون الحالة معقدة؟ وهل ردود الفعل الرهابية تبدو بالضرورة أقل تعقيداً من (أزمات الكيان الذاتي Indentity crises).

تساؤلات عريضة كبيرة طرحنا جزءاً منها لتحديد مفهوم التعقيد في الحالة الإكلينيكية.

إن معظم المعالجين الممارسين الرواد في العلاج النفسي يرون أن التعقيد هو **حالة تتصف بمشكلات متداخلة متعددة منفصلة نجدها في الصيغة BASIC ID.**

فالحالات المعقدة لا تحتاج إلى صعوبة علاجية. فالحالات الصعبة لا تكون بالضرورة مقعدة. لقد رأينا في الدراسات حالات اضطرابات عادة ظاهرة ورهاب (بسيط) كان فيها المعالجون في وضع حرج بالرغم من تطبيق تقنيات السيطرة على تلك العادات الثابتة الفعالية والنجاعة (AZRIN 1977). وعلى عكس ذلك هناك حالات مفرطة التعقيد ومشكلات متداخلة إضافة إلى طرحها من جانب المرضى طرحاً مراوغاً مخاتلاً من خلال بنود كامل الصيغة BASIC ID، ومع ذلك فقد استجاب مرضى هذه الحالات بسرعة وبصورة مُرضية إلى التوصيات العلاجية المعطاة لهم.

إن انتقاء التقنيات العلاجية هو جانب يبدو الأقل صعوبة عند الأخذ بالعلاج المتعدد الأوجه. فتحليل بنود صيغة BASIC ID يتناول المشكلات المنتشرة، العامة، والغامضة المبهمة (القلق، الاكتئاب، ضعف اعتبار الذات، الإحباط، الكدر، المشكلات الأسرية، الصراعات الأسرية ...الخ) نقول يتناول هذه المشكلات في محاولة منه لجعلها صعوبات تفاعلية، متميزة، ونوعية (أي إجلاء الالتباس والعمومية والغموض عنها). وبعد ذلك، تأتي الخطوة التالية المتمثلة في انتقاء التقنيات التي تكون مباشرة Straightforward على الأكثر. فإذا ما سئلنا مثلاً عن ما هي التقنية الأكثر ملاءمة والأفضل في علاج اضطراب ضعف اعتبار الذات؟ فإننا نجيب عن هذه المشكلة العامة بتقسيمها إلى عنصرين رئيسيين قبل إعطاء الإجابة، فإذا كان البروفيل الأنموذج للفرد الذي يعاني من ضعف اعتبار الذات يكشف:

أ - وجود قصورات في المهارات الاجتماعية.

ب - تفكير ومدركات خاطئة عن كفاءات الأشخاص الآخرين.

ج - العجز عن الإقدام على المخاطر الانفعالية.

هـ - أحاديث مع الذات سلبية.

و - تخيلات مستمرة تدور حول الفشل والعجز.

إذن تكون الإجابة باللجوء إلى التقنيات العلاجية التالية:

(١)- التدريب على اكتساب المهارات الاجتماعية (تأكيد الذات).

(٢)- تصحيح التصورات والأفكار الخاطئة.

(٣)-تدريبات بيتية على العزم بالإقدام على ركوب المخاطر الانفعالية.

(٤)- أحاديث مع الذات إيجابية.

(٥)- تدريبات تخيلية تعاملية مناهضة إيجابية متصدية.

وحيث أن انتقاء التقنيات هي مباشرة، فإن تطبيقها هو موضوع آخر.

أن تقول أن الفرد الذي تعوزه المهارات الاجتماعية سيستفيد عادة من التدريب على اكتساب المهارات الاجتماعية، فهذا أمر لا يمكن التكهن به إلاّ إذا عرفنا الأسلوب الذي يتم بواسطته هذا التدريب. فالتقييم والتطبيق للمهارات الاجتماعية ليس بسيطا ولا حديا unitary (Bellak1977). **فالباحثون لم يتفقوا بعد على التعريف العام للمهارات الاجتماعية**. فمثلاً إن الافتراضات والمفاهيم عن المنافسة الشخصية التي جاء بها العلامة أرجيرس (١٩٧٥) نجدها متداخلة ومختلفة عن تعريف المهارة الاجتماعية لكل من ميللر، وبلانكارد (١٩٧٥) القائل: «بالعوامل المحددة الموقفية والعناصر للسلوك التأكيدي». على المستوى السريري (الإكلينيكي) قد يفشل المدرب على المهارة الاجتماعية بفعل إغفاله للنقطة المحورية البالغة الأهمية **مثل معدلات الاتصال البصري Eye- contact أو درجة الصوت الكافية الصادرة عن المتعالج**. أو أن يكون المتعالج قد تعلم أن يكون أقل تعاوناً وتوافقاً. فيحتاج والحالة هذه إلى معالجته بتقنية إزالة التحسس Derensitization أو بتقنية تكرار الدور السلوكي Behavior - rehearsal، أو مسهم مشترك في محاكاة أنموذج سلوكي وتقليده Participant - Modeling.

إن الأساليب الخاصة التي تنتج تبدلات سلوكية مهمة نحو سلوكيات عنصر معين، **هذه الأساليب لم يتم عزلها بعد أو تحديدها والتعرف عليها**. تلك هي المسألة التي جعلت الخبرة السريرة (الإكلينيكية) ودرجتها الغنيّة تدخلان ضمن نطاق المعادلة.

والأمر الذي يثير الإعجاب حقاً أن المعالجين المهرة، وبخاصة المعالجين النفسيين العظام يشتركون ببعض الخصائص والسمات بصرف النظر عن أرضياتهم العلمية، والمدارس التي ينتمون إليها أو هوياتهم المهنية.

فهم معالجون يتحملون المسؤولية ومرنون ويحظون بدرجة عالية من الاحترام من قبل الناس. إنهم أيضاً لا يصدرون أحكاماً، ويتمسكون بالنظرة التي ترى أن الزيغ عن الحقوق وانتهاكها، وإرضاء الآخرين يجب ألا يشجّع إطلاقاً. فهم لا يعرضون للخطر المصالح الإنسانية، والقيم، والكرامة (Krasner 1975). بل يأتون بالدفء، والحكمة، والذكاء إلى الموقف العلاجي، وأينما يكون الموقف مناسباً، يطلقون المرح والنكتة. يمتلكون فيضاً لا ينضب من القصص والحكايات النادرة. ثم إنهم نماذج أدوار جيدة (يمارسون ما يعظون به) ويرغبون في كشف الذات.

ولعل القارئ يستغرب هذا الإطناب في سياق موضوع يتناول انتقاء التقنيات العلاجية ويخرج عن موضوعه. الواقع أن وضعنا لسمات المعالج الريادي هنا يأتي للتأكيد على أن إدارة العلاج الناجح تعتمد **على نوع التقنية المنتقاة، وكيفية تطبيقها، ومن الذي يوصلها إلى المريض. ففي العلاج النفسي يصعب الفصل بين التقنية النوعية عن الشخص الذي يوصلها ومهاراته وخبراته التطبيقية.**

٢- التخيل كأنموذج جسري (يصل بين طرفين)

عادة لا توجد صعوبة في انتقاء التقنيات لمشكلات نوعية. إلا أن السؤال المطروح هو كيف بإمكان المعالج أن يتعامل في موقف يكون فيه المريض غير قادر على تزويد المعالج بالمشكلات النوعية؟

ماذا عن المريض الذي يعاني من كرب معمم وضيق وضنك ولكن لا يستطيع أن يحدد بالدقة قصوراته النفسية النوعية؟

إن الاستقصاء البدئي للأفكار، والسلوكيات، والاستجابات العاطفية والأعراض الحسية المصاحبة، والانتكاسات البيشخصية، والعوامل البيولوجية، هذا الاستقصاء قد يؤدي إلى عدم تحديد المطلوب.

إلا أنه من جهة أخرى نجد أن المعلومات المتضاربة، الغامضة، والمشوشة تشير إلى أن العديد من الاتجاهات في الوقت نفسه. ففي مثل هذه الحالات نجد **أن أنموذج التخيل (الأسلوب) غالباً ما يسعفنا بتزويدنا بالمعلومات المجهولة المفقودة الغائبة**. وكما سبق أن ذكرنا، هناك المئات من الصور الذهنية التخيلية تكون تحت تصرفنا. إذ أثبت أسلوب التجربة والخطأ Trial and error أن هناك ثلاثة تخيلات نوعية تزودنا بالمعلومات التشخيصية السريرية (الإكلينيكية) المهمة وفقاً للبروتوكيل التالي:

أ - (أطلب منك أن تتخيل منزل طفولتك. قد تكون قد عشت في عدة أماكن في طفولتك، إلا أنه عادة كل فرد ينجذب أو يفكر بمكان واحد «كمنزل لطفولته». هل في مقدورك أن تركز تخيلك على صورة هذا البيت؟ أغمض عينيك إذا كان هذا يساعدك على تخيله حاول أن تتخيل دار طفولتك (فاصل زمني قدره عشر ثوان ليستجمع المتعالج بنات أفكاره وتخيلاته). الآن أخبرني أين هي أمك في هذا المشهد التخيلي؟ ماذا تفعل؟ وأين هو والدك وماذا يفعل؟

ب - هل في مقدورك أن تروح بنزهة تخيلية من غرفة إلى أخرى؟ انظر ما حولك بدقة؟ شاهد الأثاث. حاول أن تستشعر بالجو الذي يحيط بالغرفة. هل تلاحظ وجود روائح؟ ما هي الأصوات التي تسمعها؟

جـ - أرغب منك أن تتخيل مكاناً آمناً حقيقياً أم خيالياً (فاصل زمني مقداره عشر ثوان لتخيل هذا الموقف).

اذهب إلى هذا المكان الخاص، تخيله بحيوية (فاصل زمني مقداره عشر ثوان لتخيل الموقف. هل باستطاعتك أن تصفه لي؟

بما أن الأسرة النووية (أي النواة) كثيراً ما تهيىء الأرضية المولدة للمشكلات العاطفية، فإن سبر صورة بيت الطفولة عادة ما يقدم معلومات مهمة. فالرحلة من غرفة إلى أخرى لنفس بيت الطفولة، غالباً ما يفتح باب الذكريات والمشاعر القوية التي تحمل مشكلات المريض المستمرة المرسخة.

أما تخيل المكان الآمن فيكشف الألغاز المتعلقة بالهروب المهم وسلوكيات التجنب. «مكاني الآمن هو في البيت مع زوجي والكلبين»...

«إن الجزيرة المهجورة هي بعيدة عن الحياة المتحضرة لذا فهي ملاذي الآمن الوحيد». (مكاني الآمن هو مركبة فضائية غير قابلة للعطب أو التدمير تأخذني بعيداً عن هذه المجرة)، (مكاني الآمن أن أقبع في سريري مع كتاب ممتع). (مكاني الآمن هو أحضان عاشقي ومحبي). (لا يوجد مثل هذا المكان الآمن). وهكذا نجد مقولات لا تحصى تُحرَّض من خلال تقنيات تخيلية كثيرة وذلك لأغراض علاجية وتشخيصية (انظر الملحق رقم ٢ الذي يذكر سبعة أساليب تخيلية أخرى).

نذكر هنا بهذا السياق وبغرض المزيد من التوضيح في شرح هذه التقنية التخيلية، قصة امرأة عمرها ٢٣ سنة لم تكتب شيئاً في استبيان القصة الحياتية مبررة ذلك أنها لا تدري ماذا تكتب، ولم تعط جلستان معها أية معلومات مفيدة (اشتكت من مشاعر الإحباط والكرب معظم الأوقات).

عمد المعالج إلى استخدام التقنيات التخيلية الثلاثة السالفة الذكر.

حياة طفولتها البيتية كانت، كما ذكرتها في بادئ الأمر ليس فيها أي دلالة مفيدة – والدتها في المطبخ تعد فطور الصباح، ووالدها يحلق ذقنه في غرفة الحمام–. ولكن عندما طلب منها المعالج تخيل انتقالها من غرفة إلى غرفة أخرى من دار الطفولة، نطقت بمشاعر قوية عندما تذكرت كيف أنها أغلقت الباب وأقفلته على أخيها الكبير (غرفة النوم) من أجل أن تختلي لوحدها بالاجتماع مع أصدقائه. ومن ثم تابعت تصف غرفة الطعام. واتهام والدها لها بأنها فتاة داعرة (كانت في سن السابعة عشرة في ذلك الوقت) وذلك عندما اختلت مع صديقها في غرفة نومها وأقفلت الباب عليهما. (لقد فعلت ذلك من أجل أن أرجع إلى أخي لأنني أعلم أنه يرغب في لقاء طوني).

ومن خلال تركيزها التخيلي على مزيد من الصور والتخيلات على ما كانت تتذكره من حوادث في دار طفولتها، أمكن المعالج من الوصول إلى لب المشكلة

وهي رفض والدها، وحاجتها المفرطة إلى قبوله لها.

وبهذه الطريقة فإن أسلوب التخيل كشف عن مشكلة بيشخصية مهمة أدت فيما بعد إلى صعوبات مرتبطة بميادين أخرى.

وقد يتساءل القارئ عن أفضل التقنيات المناسبة من أجل التعامل مع الحاجات المفرطة من جانب المريضة نحو قبول والدها لها. هل يُوصى هنا بالعلاج الأسري، وبالتالي معالجة أعضاء أسرة المريض؟ أو هل من الأفضل إجراء مقابلة مع والدها لوحده أو مع البنت لوحدها؟ هل نستخدم تقنية لعب الدور ROLE PLAYING فيلعب المعالج دور الأب، في الحط من قيمة ابنته وتحقيرها وازدرائها ورفضه لها، ومن ثم هي بدورها تلعب دور البنت الهادئة، المتزنة التي تحسن التصرف مع الأب، ومن ثم يتم قلب لعب الدور، فيصبح المعالج البنت ليظهر لها الأنموذج السلوكي الهادئ المتزن الناضج بينما تلعب البنت دور الأب الفظ الرافض المزدري لابنته؟. هل أن تقنية التخيل باستخدامها من أجل العودة إلى الماضي فتتخيل البنت والدها وهي تتصدى لوالدها؟ هل في تطبيق تقنية إزالة التحسس تجعلها أقل حساسية ورد فعل لنقد والدها الحقيقي أو التخيلي؟. ثم هل يكون التكنيك الأفضل بتناول بنيتها المعرفية فتسعى إلى مناهضة الأفكار المولدة للانزعاج من والدها، وبتحويل المطالب اللامنطقية بحيث تبدل جهاز معتقدها لتؤمن أن قبول والدها لها هو شيء غير جوهري في حياتها (يجب أن أحظى على قبول والدي) وسعادتها؟ وهل الكشف العميق للتفاعلات الكائنة بينها وبين والدها هو علاجي ويبرهن على فعاليته؟

أمام هذه التساؤلات في أي نوع من التقنيات تبدو ملائمة لحل مشكلتها، فإن الحل هو في <u>أن تختار المتعالجة التقنية التي تناسبها</u> بعد أن يوضح المعالج لها أسلوب تطبيق كل تقنية بالصورة التي تفهمها. وذلك وفق الطرح التالي:

«لقد اتفقنا معاً أنك معرضة إلى نقد والدك، وتقريظاته، وتصغيرك نظراً لارتباطك بآرائه .هل توافقين أنه من الأفضل لك أن تصبحي أقل اهتماماً برفضه

لك ؟. هنا إذا كان جواب الفتاة المتعالجة أنها لا تعتبر أن هذا هو هدف العلاج، حينئذ على المعالج أن يتفحص توقعاتها، ومواقفها وصور الأب – البنت، والتعاملات البيشخصية- نقول أن يتفحص ذلك بكامل الأبعاد. وعندما يتفقان على النتاج المرغوب حينئذ يطرح المعالج وصفاً للطرق المختلفة التي توصل إلى الهدف المطلوب، ومن ثم يُطلب من المتعالجة أن تختار الطرق النوعية التي تبدو لها أنها تعطي أفضل النتائج. ولنرى هذا الحوار في السياق.

المعالج: أعتقد بوجود سبعة طرق مختلفة للتغلب على هذه المشكلة. اسمحي لي أن أوجز لك كل واحد منها، ومن ثم عليك أن تفكري بها.

إن البديل الأول هو أن نختار العلاج الأسري. فإذا ما دعوتِ والديك وأخاك للانضمام إلينا، حينئذ نستطيع أن نتعامل مع كامل أفراد العائلة وبالتالي نسعى إلى تبديل بعض أنماط الاتصالات غير المرغوبة.

المتعالجة: أواه! يا إلهي، لا أرغب هذه الفكرة. هل أنت تتعامل مع أطفال.

المعالج: هل في مقدورك أن تطرحي بعض الأفكار عن السبب في شعورك بهذه القوة ؟

المتعالجة: أولاً. إن الأحصنة المتوحشة ليس في مقدورها أن توصل أو تجر والدي إلى عيادة معالج نفسي. حتى لو أقنعته بالمجيء إليك. أنا بحاجة إلى تبديل. لا أرغب أن تحول والدي إلى رجل أنيس طيب يقبل ابنته بكل شيء.

المعالج: ليس هذا ما أقصده بالضبط. ما رأيك حول الأخذ بأساليب لعب الدور حيث ألعب دور والدك بكل سلبياته تجاهك. ومن ثم أنت تلعبين الدور المعاكس (كما سبق وشرحنا قبل هنيهة عن تبادل الأدوار).

المتعالجة: هل تقصد أننا بتقمصنا الدور الجيد، سأتحرر من مشاعر عدم القبول ؟

المعالج: في لعب الدور المطروح يكون سلوكك دفاعياً، ومنزعجة، وحتى البكاء أيضاً عندما تواجهين كلاماً سلبياً يصدر عن والدك. فإذا كان سلوكك

الحقيقي هو ليس امرأة عمرها ٢٣ سنة ، فإن والدك يظل متمسكاً باعتقاده إنك طفلة مرتبطة به ، ويتعامل معك على هذا الأساس ، أي كطفلة . إن هذا هو جزء من الصورة وليس كلها . فالهدف الرئيس ، كما أرى ، هو أن تدركي عدم ضرورة إلزام نفسك باسترضاء والدك والتماس قبوله لك . فلن يكون الأمر مخيفاً أو كارثياً إذا ظل على موقفه برفض قبولك .

المتعالجة : أنا أوافق على هذا التفكير المطروح على المستوى العقلي الذهني ولكن كيف أتمكن من أن أقبل شعورياً وعاطفياً هذا الرفض ؟

المعالج : حسناً ، هناك عدة مسالك توصلك إلى قبول الرفض على مستوى الشعور والعاطفة . أولاً علينا معاً أن نسبر بماذا تكلمين ذاتك ، فالكلام مع الذات السلبي والتخيلات الذهنية التي تصنعينها هي التي تخلق لك مشاعر الكرب ، والخوف سواء أكان والدك أو غيره من الناس أظهر عدم الرضا والرفض نحوك . ومن خلال تبديل تفكيرك وكلامك مع ذاتك السلبيين ، وتبديل تثمينك للموقف (أي تبديل الإدراك) حينئذ يمكن أن تتبدل مشاعرك وردود أفعالك . وهناك طريقة أخرى تزيل كربك هي إزالة التحسس المنهجي[١] .

المتعالجة : هل يمكن الأخذ بهذين الأسلوبين معاً ، أو علي أن أختار واحداً منهما في كل مرة .

المعالج : يمكننا استخدام أسلوب أو أكثر في كل جلسة حسب ما نراه ملائماً . فمثلاً يمكننا تكريس أو تخصيص ١٥ـ٢٠ دقيقة من الجلسة في تطبيق تقنية لعب الدور ، يتبع ذلك تصحيح الأفكار الخاطئة المولدة للاضطراب ، ومن ثم ننهي ما تبقى من الوقت ١٠ـ١٥ دقيقة باستخدام تقنية إزالة التحسس . هل هذا يناسبك ؟

المتعالجة : ما هي تقنية إزالة التحسس ؟

المعالج : أولاً لا بد من أن تتعلمي؛ الاسترخاء... الخ...

---

(١) راجع كتاب : (العلاج النفسي بقوة التخيل) : تأليف الدكتور محمد الحجار إصدار المركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب بالرياض .

قد يبدو الأمر ساذجاً الافتراض أن المعالج هو دوماً مُسير من قبل نزوعات المريض. فعند التعامل مع مخربين للعاطفة والانفعال فقد يساق الفرد إلى نتائج عنيفة مفاجئة. **فالأفراد المواربون، وخاصة أولئك الذين لديهم ميول عدوانية ـ سلبية غالباً لا يمكن مواجهتهم بالحقائق وجهاً لوجه.** ففي أغلب الأحيان، يبدو من الضروري استشارة المتعالج حيال الطرق والأساليب العلاجية التي يفضلها. ففي مثالنا السابق عن الشابة وجدنا كيف كانت مناورة وغير متعاونة. فطرح تقنية التخيل واستخدامها في بادئ الأمر فتحت الطريق نحو الاتصال العلاجي. وفيما بعد تَسَهّل التآلف من خلال سبر الخيارات العلاجية عندها.

فقد رغبت في تقسيم الجلسات العلاجية إلى شرائح يُركز فيها على تقنيات مختلفة. غيرها من الناس يرون أن هذه تجزئة لا طائل منها، فيفضلون التركيز على تقنية واحدة خلال الجلسة العلاجية.

إن بعض المرضى يفضلون مثلاً تقنية العلاج التنويمي. وعند بعضهم الآخر الذين يطلبون العلاج بالتنويم نخبرهم **أن التدريب على الاسترخاء هو متفوق من الناحية العلاجية على التنويم**، وبالتالي يتم معالجتهم بالاسترخاء **بدلاً من التنويم. فالفرق الإجرائي الوحيد بين التنويم والاسترخاء هو استخدام الكلمات التنويمية** في العلاج التنويمي والاسترخاء في الثاني **فالنقطة التي نرغب توضيحها هنا هي أن تلبية التوقعات تجنح إلى الحصول على النتائج أكثر إيجابية. وهذه ناحية مهمة نشير إليها.**

على المستوى النظري، إن عدد التقنيات تقريباً غير محدود. وتدل الخبرة السريرية (الإكلينيكية) أن أي معالج متمرس في مهنته يجب أن يعرف الكثير من التقنيات المختلفة وتكون جاهزة للاستخدام. وأيضاً أن يتعرف على الطرق الجديدة المبتدعة فيضيفها إلى ترسانته العلاجية. وهذه الطرق المبتدعة قد تحل له مشكلات علاجية عنيدة ومستعصية.

ومن المناسب هنا أن نذكر جملة التقنيات العلاجية الأكثر استخداماً في الميدان العلاجي السلوكي – المعرفي والعلاج المتعدد الأوجه الذي هو موضوع هذا الكتاب.

التقنيات الأكثر استخداماً في العلاج المتعدد الأوجه

(الملحق رقم ٢ يعطي وصفاً وشرحاً لكل تقنية من هذه التقنيات) .

B Behavior السلوك	I Imagery التخيل
تكرار السلوك Behavior – Rehearsal	ـ التخيل للصدمة المضادة للمستقبل anti – future shock imagery
محاكاة أنموذج Modeling	ـ التخيل المقترن . Associated imagery
عدم تعزيز Non reinforcement	ـ التخيل التنفيري أو التكريهي aversive imagery
تعزيز إيجابي Positive reinforcement	ـ تكرار تخيل الهدف أو التخيل التعاملي
التسجيل والرصد الذاتي Recording and self – monitoring	ـ التخيل الإيجابي Positive imagery
ضبط المنبه Stimulus control	ـ تقنية البناء والتخيل ـ The set up Technique
التعريض المنهجي Systematic exposure	ـ الإسقاط الزمني time projection
الكرسي الفارغ The empty chair	
A Affection العاطفة	**S Sensation الإحساس**
ـ التعبير عن الغضب anger- expression	ـ التغذية البيولوجية الراجعة Biofeed back
ـالتدريب على التدبر بالقلق anxiety – managment training	ـ تركيز الانتباه Focus
ـ التعرف على الشعور Feeling- indentification	ـ التنويم Hypnosis
	ـ التأمل Meditation
	ـ التدريب على الاسترخاء
	ـ التدريب على تركيز الإدراك الحسي
	B البيولوجي
	ـ التشجيع على العادات الصحية للتغذية الجيدة .

	ـ التمارين الرياضية ، والترفيه عن النفس . ـ التحويل إلى الطبيب البشري عندما يشك بوجود مشكلات عضوية ، أو مداخلات بيولوجية .
معرفية (C) Cognition	**بيشخصي (I) (Interpersonal)**
ـ العلاج بالتثقيف والمطالعة . ـ تصويب الأفكار والمفاهيم الخاطئة . ـ التثقيف بنظرية ألبرت أليس A-B-C-D-E ـ حل المشكلة . ـ التدريب على تعليم الذات ـ إيقاف الأفكار . ـ التركيز على حقائق مخاطر التدخين .	ـ التدريب على اكتساب مهارات الاتصال الاجتماعي . ـ التعاقد . ـ التدريب الصداقي . ـ الأساليب الجنسية المتدرجة . ـ الاستراتيجيات النقيضية . Paradoxical strategies ـ التدريب على اكتساب مهارات تأكيد الذات الاجتماعية .

٣ ـ أين يتم استخدام مداخلات الأسلوب الواحد أو الثنائية الأسلوب وليس المداخلات المتعددة الأساليب ؟

إن الفلسفة التعددية التي يوصف بها العلاج المتعدد الأوجه أو الأساليب تلح على أن التكيف الناجح مع متطلبات المجتمع المعقد الذي نعيش فيه يحتاج إلى مجموعة كبيرة من الاستراتيجيات التعاملية Coping . وعلى هذا ، فإن معظم المرضى عادة ما يتعالجون بكثير من الطرق المختلفة الرامية إلى معالجة القصورات والتجاوزات الموجودة في كل جانب من الشخصية . ومع ذلك هناك بعض الأفراد يستجيبون استجابة سيئة عند تطبيق المداخلات العلاجية المتعددة الأوجه . ففي هذه الحالات يبدو من الأفضل التركيز على مشكلة أو مشكلتين رئيسيتين ، وتطبيق أسلوب علاجي ، وأسلوبين رئيسيين أساسيين .

يخبرنا المعالج أرنولد لازاروس عن مصادفته لمرضى يقاومون بشدة أي مناورات تكون خارج الأسلوب التخيلي . إذ من خلال الكشف عن الصور المقترنة ، تتضح لنا ذكريات متداخلة ساحرة مرصعة بالموزاييك المعقد ، ومشاعر ، واستبصارات .

ولعلنا نتساءل في هذا السياق ونحن نتكلم عن التخيل عن كون العمق في كشف التخيل هو شكل من أشكال العلاج المتعدد الأوجه ؟

الجواب هو بالنفي . إلا أن هذا لا يمنع المعالج الذي يأخذ بنهج هذا النوع من العلاج من أن يتتبع هذا النسق من النشاط العلاجي . وبصورة مماثلة نجد عند المرضى اعتقاداً أن السبر المفصل وحده لذكريات طفولاتهم الباكرة والعلاقات سيفيدهم .

مرة أخرى نقول أنه من المفضل بالنسبة للمعالج الذي ينتمي إلى المدرسة العلاجية المتعددة الأساليب أن يطبق أسلوب الكشف أو السبر العالي التركيز التخيلي بدلاً من اللجوء إلى الطرق الفرويدية أو أساليب يانغ (نسبة إلى العّلامة يانغ) ، أو أي مذهب يزود المريض بالاستبصارات التي تحدث ، الملائمة لإطار العمل الذي يعتنقه ويتبناه المعالج (من المعروف أن المحللين الفرويديين يكتسبون الاستبصارات الفرويدية) والمحللون الذين ينتمون إلى مدرسة العّلامة يانغ يظهرون الاستبصارات اليانغية (نسبة إلى يانغ) .

عدا أولئك الأفراد الذين يرغبون في المداخلات العلاجية الوحيدة الأسلوب unimodal، **فإن التركيز العالي المتخصص للانتباه العلاجي يعطي نتائج أفضل من العلاج المتعدد الأوجه في بعض الحالات أو ميادين المشكلة .**

فمثلاً في حالة نقصان الوزن زودنا كل من ماك رينولدز وبولسن (١٩٧٦) بمعلومات وبيانات تؤكد تفوق أسلوب ضبط المؤثر المتخصص Specialized stimulus – Control procedure على العلاجات المتعددة الأبعاد .

فتحريض المرضى على الالتزام بوصفات العلاج هو عامل هام في تحقيق النتائج العلاجية الإيجابية (Wilson 1979) . فعند بعض المرضى إن تقديم أكثر من أسلوب علاجي واحد قد يسبب لهم الشعور بالتشوش والانسحاق . فميادين المشكلة التي تستجيب استجابة أفضل إلى **الأساليب المتخصصة** هي : **الرهاب ، الاضطرابات الجبرية الوسواسية ، المشكلات السلوكية ، اضطرابات الشهية**

والطعـام ، الأرق ، الصـداع التوتـري ، والتدبـر بسـلوكيات الأطفـال المشاكسـة .

(Agras , Wilson 1979) وهنا فإن التقويم assessment يجب أن يكـون متعـدد الأساليب ، إلا أن العلاج يكون مركزاً تركيزاً ضيقاً وخاصة عندما يكون بروفيـل الصيغة BASIC ID يكشف عن عدم وجود شـبكة مهمـة للمشـكلات المرتبطـة ببعضها البعض .

إن مـن محاسـن التقويـم المتعـدد الأسـاليب أنـه يجعـل المشـكلات الكليـة والمنتشرة ضمن كيانات نوعية عبر الصيغة BASIC ID، وهذا مـا يرشـد المعـالج إلى الأخذ بتقنيات خاصة لعلاج كل عجز ونشوز .

كان معالج يتخبط بمشـكلات أسـرة فيهـا المنـاورات المخربـة ، والصراعـات الثنائية وغيرها ، فأشار عليه الدكتـور أرنولـد لازاروس بـأن يركـز علـى مشـكلات متميزة بارزة عبر تطبيق الصيغةBASIC ID . وهنا برزت الأهداف الواضحة التالية :

أ – الوالد بحاجة إلى امتلاك المزيد مـن السلطة (العـلاج المنطقـي : التدريـب على تأكيد الذات ، ومحاكاة نموذج) .

ب – الوالدان بحاجة إلى تعاون كفريق (المداخلة العلاجية المنطقيـة : التعليـم الثنائي ، لعب الدور) .

جـ – الوالـدان يحتاجـان إلى مزيـد مـن التعـاون مـن جـانب أولادهمـا (الاستراتيجية المنطقية : التعاقد القائم على الإثابة والعقوبة) .

د – الأولاد بحاجة إلى مزيد من الحرية (النتيجة المنطقية : التعـاون في البيـت يكافأ بدرجات خاصة من الحرية) .

٤ – أساليب ضبط الذات وتقنيات العون الذاتي

هناك الكثير من المدخنين الذين يميلـون إلى الإقـلاع عـن عـادة التدخـين ، أو التخلص من عادات غير مرغوبة يتبنون لهذا الغرض أسلوباً أو أسلوبين علاجيـين . قرأ رجل عن أسلوب «ضبط المؤثـر أو المنبـه Stimulus control» وطبقـه علـى عادة التدخين : (حاولت أن أتخلص من هذه العادة من خـلال تحديـد عـدد لفـات

التبغ أو تعاطي الدخان بأوقات محددة من اليوم وفي أماكن خاصة. وبذلك استطعت أن أدخن فقط في الأعداد الفردية من الساعة أي ٩ صباحاً – ١١ قبل الظهر – الواحدة ظهراً وهكذا... في مكان جلوسي في مكتبي، وعلى الكرسي الخاص بيَّ، وعلى طاولتي).

وشخص آخر مدخن اعتمد أسلوب التنفير التخيلي: (تخيلت نفسي أنني أصبحت مريضاً، والتدخين سبب لي سرطان الرئة). وشخص آخر، بعد قراءته لعلاج السلوك المتعدد الأساليب للعلامة لازاروس (١٩٧٦) وكتباً أخرى تدور حول ضبط الذات، ابتدع من ذاته البروفيل التالي لإيقاف التدخين:

السلوك: أنقص تدريجياً تعاطي لفافات التبغ بالانتظار من ١٥-٣٠ دقيقة عندما تظهر الحاجة إلى تعاطي التدخين. في نهاية كل يوم كان يعد عدد اللفافات التي دخنها ويقدر مقادير النكوتين والقطران التي دخلت جسمه. كان يلف علبة الدخان بورق الألمنيوم ويربط الورق بأربطة مطاطية بحيث تجعل استخراج لفافة التبغ من العلبة صعباً نسبياً. كان يكافئ نفسه على ضبط سلوكه التدخيني بشراء ألبوم تسجيلات صوتية كل ٣-٤ أسابيع.

العاطفة: مراقبة القلق، والغضب، وغيرها من الانفعالات التي تحرضه على تناول التبغ، كان يتعامل مع مصدر الانفعالات كل ما كان الأمر ممكناً بدلاً من الاختفاء وراء شاشة التدخين.

الإحساس: استخدام الاسترخاء للتغلب على التوتر، فإذا ظهر النزوع نحو التدخين بحيث أصبح قاهراً ساحقاً. كان يشم الأملاح بين نفثات الدخان.

التخيل: يتخيل مرض انتفاخ الرئة، مرض القلب، السرطان، وغير ذلك من الأمراض التي يسببها التدخين. ينتقل بتخيله إلى صور إيجابية تخيلية للصحة البدنية التي تقترن بعدم التدخين.

التفكير: التركيز على حقائق مخاطر التدخين. النظر بالأرقام والإحصائيات عن مخاطر التدخين ويتذكرها. الحذر من الخداع الذاتي ومراقبته (ليس بالضرورة

كل مدخن يصاب بالسرطان) .

العلاقة البيشخصية : إخبار الآخرين المدخنين بأخطار التدخين . الإعلان عن نفسه أنه ضد التدخين .

الأدوية : التريض وممارسة النشاطات الرياضية .

لقد توقف هذا الرجل عن تعاطي ثلاث علب يومياً من الدخان وذلك بأقل من شهر . ولم يعد يدخن منذ ثلاث سنوات .

إن قوة مساعدة الذات بالطرق المتعددة الأساليب هي غير محدودة عملياً . وأن معظم الزبائن لا يجدون صعوبة في فهم ، وتذكر ، وتطبيق الصيغة BASIC ID كجزء من تمارينهم البيتية اليومية .

الفصـل الثامـن

العلاج الزوجي المتعدد الأساليب

يقول لنا العلامة بروكاسكا (١٩٧٨) : « مثل مـا هنـاك الكثير مـن النـاس غير مؤهلين للحياة الزوجية بمسؤولياتها الاجتماعية والوالدية، هناك أيضاً الكثـير مـن المعالجين غير المؤهلين جيداً للعلاج الزوجي » .

حتى زمن غير بعيد، كان التركيز على جميع الأسـاليب والطـرق الـتي تتنـاول سوء الوظيفة النفسية عند الفرد، في سعي هذه الطرق إلى الكشف عـن الصراعـات النفسية والقوى ضمن نطاق المريض ذاته . أما العمليـات البيشـخصية فكـانت تُعـد معتمدة كلياً على أفعال النفوس الفردية .

إن الانشغالات التحليلية النفسية بشـذوذات داخـل النفـس كـانت واضحـة في الكتابات الأولى عن العلاج الزوجي حيث يتم فيهـا معالجـة الزوجـين كـل واحـد على حدة (MITTLEMAN 1948) .

إن القفزة التي تمّت من الزوجين الفرديين إلى الوحدة الزوجيــة احتـاجت إلى (عدسة واسعة الزاوية) تختلف عن تضخيـم مولـدات المـرض الفرديـة . ورغـم أن بعض المعالجين النفسيين كانوا يعالجون الزوجين في جلسات علاجية مشتركة في الستينات (BRODEY 1961, HALEY 1963)، إلا أن معظـم المعـالجين اسـتمروا في الاعتماد على العلاج القائم المتزامن وليس على العلاج الزوجي المشترك .

لقد طبق كل تنوع علاجي ممكن للزوجين المكروبَـين ؛ أحـد الزوجـين يُعـد مريضاً ويدخل في المعالجة، وكل واحد من الزوجين يذهب إلى معالج مختلـف، والاثنان يقابلان المعالج نفسه بصورة منفصلـة ؛ وكلاهمـا مـع نفـس المعـالج معـاً بنفس الوقت . إلا أنه في معظم الوقت، إن لم نقل في كل الأوقات مساعد المعـالج يعالج الزوجين . يُحضر الزوجين مع فئات منفصلـة أو يشـتركان في فئـة الأزواج، زوجان يحضران مع فئات بأفراد غير متزوجين .

وهكذا نجد هذا الخليط من الطرق العلاجية التي يتم فيها العلاج الزوجي.

ويعلق في هذا السياق بروكاسكا (١٩٧٨) بالتالي: «لم تكن هناك تجارب كافية اختبرت فيما إذا كان التعامل مع كلا الزوجين سواء على المستوى المشترك، أو المتزامن الفردي هو أكثر فعالية من التعامل مع زوج واحد مضطرب في علاج فردي».

من منظور العلاج المتعدد الأساليب قد لا يهتم الفرد كثيراً بالبيانات والإحصائيات حيال الفعالية العامة للاستراتيجيات المختلفة أكثر من اهتمامه بالاستطبابات النوعية. فبعض الأزواج قد يستفيدون أكثر عندما يتعالجون كل زوج على حده، في حين آخرون يحتاجون إلى علاج مشترك إضافة إلى العلاج الفردي. فالتقييم المتعدد الأساليب يسعى إلى ملاءمة الزبون مع المعالج ومع العلاج النوعي الذي يحتاجه.

١ - التعامل بالأساليب المتعددة العلاجية مع الزوجين

إن تعبير الزواج أو (الزوجي Marital) هو المعنى الأصلي في تحديد هوية العلاقة الحميمية Intimate القائمة بين اثنين من الناس، يعيشان معاً، ويشكلان رباطاً، سواء أكانت هذه العلاقة شرعية أم لا.

في عيادة المعالجين النفسيين أشخاص غير متزوجين يلتمسون ما يمكن تسميته (بالعلاج الزوجي) وفي الغرب علاقات بين أشخاص جنسية لوطية الطابع يأتون للعلاج بسبب (عدم وفاق زوجي). وعلى هذا فإن أسس العلاج، المتعدد الأساليب تكون واحدة لدى هؤلاء.

إن السير العادي للعلاج الزوجي المتعدد الأساليب Multimodal يبدأ عادة بإجراء مقابلة إكلينيكية (سريرية) أولية حيث يتم مشاهدة الزوجين معاً، وتناقش المشكلات المطروحة من قبل الزوجين.

إن كل زوج يُعطى استبيان القصة الحياتية (المبين في الملحق رقم (١) من هذا الكتاب) يحمله معه إلى البيت، ويجيب عن المعلومات الواردة فيه بصورة

مستقلة عن الفرد الآخر. ومن ثم تعقد جلسة فردية (مع كل طرف لوحده) من أجل معاينة المعلومات التي كتبها في الاستبيان الخاص به من جهة، ومن أجل **بناء البروفيل الأنموذج** الأولي من جهة ثانية. وفيما بعد **يتم إعداد العمليات العلاجية للزوجين وطبقاً لاحتياجاتهما الثنائية الزوجية الخاصة بهما**.

لا بد من الانتباه إلى المرونة في تلبية الحاجات الخصوصية أو الخاصة للأفراد المختلفين. وهذه الحاجات لا تكون أقل ظهوراً في العلاج الزوجي الذي يبرز فيه **عادة طيف واسع كبير جداً من الحاجات المختلفة، وأنماط الحياة، والعادات، والممارسات الزوجية**.

يتعين **على المعالجين أن يتجنبوا فرض** مجازاتهم واستعاراتهم metaphors ، **أو الاعتماد على وجهات نظرهم الخاصة، أو نعيم الصور الزوجية كأساس في تحديد لقابلية عيش الآخرين الأزواج**. فمثلاً إن معالجاً (أو معالجة) يحمل إدانة كاملة للعلاقات غير المتكافئة اللامتساوية بين الزوجين مصيرها الفشل، ولا تولد الزواج الناجح، حيث فيها يكون أحد الزوجين (وبخاصة المرأة) خائفة، ذليلة. وقد نسمع من يقول من المعالجين أن أي رجل متزوج امرأة متسلطة يعيش دوماً **بقلق الخصي الدائم** (عقدة فقدان الرجولة).

في واقع الأمر، نجد أن بعض الأفراد (الأزواج) الرجال يناهضون علاقة تكون فيها المرأة هي صاحبة القرار. وبصورة معاكسة، هناك نسوة يتفتحن ويتنامين في علاقة مع رجل يستطعن معه وفي ارتباطهن فيه الحصول على الإعجاب، والاحترام، وتقديم الخدمات. والقصد من هذه **الأمثلة أن يبتعد المعالج عن إسقاط مفاهيمه الذاتية المتحيزة ضد المرأة أو الرجل في العملية العلاجية، وأن يفتش فقط عن أفضل ما يلائم الزوجين من العلاقة وتسوية لمشكلاتهما**.

إن العلاج الزوجي يحتاج إلى معالج يصمم **ويرصد ثلاثة برامج بصورة متزامنة، برنامجاً لكل زوج على حدة، وبرنامجاً للزوجين معاً (للاثنين معاً)**. فهذا العمل الرائع يتم طرحه مباشرة من خلال إنشاء بروفيلات الأنموذج (ثلاثة بروفيلات). وأن الحالة العلاجية التالية توضح القصد والمراد.

اتصلت السيدة «ج» بالهاتف طلباً لمقابلة مع المعالج النفسي قائلة له: «بصراحة لا بد من الاستعانة بالمحامي كما أرى، إلا أنني أرغب أن أعطي زوجي الفرصة الأخيرة».

كان الزوج السيد (ز) بعمر يناهز ٣٨ سنة والزوجة (ج) عمرها ٣٤ سنة. يعمل الزوج كمقاول بناء، وزوجته مُدّرسة بمدرسة تعليم الفنون والنحت. كلاهما بدينان، ويتكلمان ويتخاطبان بصوت مرتفع.

خلال الدقائق الأولى من المقابلة معهما كان الزوج يطعن بكامل المهنة العلاجية النفسية، فأضحى ذاماً مُهيناً في كلامه. هنا بدأت زوجته تصرخ في وجه زوجها دفاعاً عن المعالج. ومن أجل «فك الخصام» في هذه اللعبة الخصامية قال المعالج لهما: «أنتما بحق زوجان شنيعان، يبدو أننا هنا في حلبة إرشاد طلاق وليس في علاج زوجي». هنا ساد جو من السكون للحظة، مزقته الزوجة التي استمرت في الاحتجاج، والصراخ في وجه زوجها قائلة: «أرغب في أن أرمي هذا الزواج في جهنم لعدة سنوات، فنحن نضيّع وقتنا ومالنا هنا. قد يوجهنا المعالج نحو محامي جيد لهذا الغرض». نظر الزوج نظرة غاضبة وتمتم بصوته قائلاً: «بالتأكيد. نعم يا عزيزتي... شيء مؤكد». هنا ارتفع صوت زوجته: «أنا لست مازحة، أنا ميتة. أنا أرفضك في حياتي». استعاد زوجها صوته الأجش وقال: «انظري، كيف حال صديقك فيليب، والآخر أفلين؟) ملتفتاً إلى المعالج ومستطرداً القول: «تعتقد أن هذين الرجلين على خط واحد معها، وأنها ستتزوج سريعاً بأمير أجنبي ينقذها بسرعة من هذه المشكلات».

هنا تصاعد غضب زوجته قائلة له: «أخبرتك مئة مرة أني لا أرغب في أن أتزوج مرة ثانية».

نظر المعالج إلى الزوجة وقال: «ما فهمته أنكما تلعبان دوراً، لنلعب دور المَطّلق عدة مرات». فأجابت «ماذا قلت لك على الهاتف؟» أجاب المعالج: «قلت لي بأنك تعتقدين أن محامياً جيداً للطلاق، هو ما تحتاجينه» وأضاف: «وهو ينظر إلى الزوج لعلها كانت على حق» وعندئذ أخذ الزوج يضحك على سخف زوجته.

في البحث عن النقاط والسمات الإيجابية في هذه الجلسة المحمومة بالسلبيات والمهاترات وجد المعالج أن كل واحد منهما يعترف أن الآخر كان مُحباً ووالداً لأولادهما الثلاثة الذين كانوا محط اهتمامهما وبؤرة عنايتهما. وقد أوضح استبيان الرضى الزوجي الذي ملأه كل واحد منهما (انظر الملحق رقم ٣) أن الزوج حصل على ٥٨ نقطة (نقاط رضى) من أصل ١٢٠ نقطة، وزوجته حصلت على ٥١ نقطة (إن حيازة المفحوص في هذا الاختبار العلامة ٦٠ فما دون يعني أن مستوى الرضى الزوجي سيئ).

وقد اتضح أنه رغم تهديد الزوجة واحتجاجاتها، فلا يرغب أحد منهما الطلاق. فالزوج كان يتعرض بوضوح إلى التهديد بالطلاق، وزوجته تميل إلى الانسحاب عندما تجد أن زوجها ذهب بعيداً أكثر مما ترغب في كلامه وسلوكه.

ورغم أن درجات الرضى عن الزواج، كما كشفه الاستبيان، كانت غير مُرضية وضعيفة، وحياتهما تعصف بها الاضطرابات والصخب الزوجي، إلا أن هناك فُرجات إيجابية وسط هذا الشقاق والنفور الزوجي وجد المعالج بالإمكان الدخول منها إذا امكن إيقاف الأدوار السلبية والتخريب الزوجي وقد نقل المعالج انطباعاته في هذا المنظور إلى الزوجين قائلاً: «ليس عندي سذاجة عاطفية لأرى الزواج كياناً مثيراً للخوف والواجب الحفاظ عليه من أجل هدفه. فعلى عكس ذلك، لا أتردد في فصم عرى الزواج إذا كان حكمي المهني يرى استحالة إثراء سعادة الطرفين والإبقاء على حياة رغيدة، ففي حالتكما، رغم وجود أطراف حادة جداً في العلاقة، أرى ما يبرر الحفاظ على الزواج وصيانته. وأحب أن أضيف، مع ذلك، إذا ما اختلفتما معي فإنه ليسرني مساعدتكما بتسهيل عملية الطلاق».

لقد تبين للمعالج أن كلامه نال الربح عند الزوج العدواني الذي قام عدوانه على الخوف من أن المعالج على استعداد لتدمير الزواج. وهنا أجاب الزوج بلهجة طرية ناعمة، وبقبول سأل المعالج: «هل تعتقد أنه بالإمكان إنقاذ زواجنا؟».

رفض الزوج إنجاز استبيان القصة الحياتية، إلا أنه أضحى أكثر دبلوماسية عندما لفت نظره أن عدم تعاونه قد يؤدي إلى إعادة تقييم مدى استمرارية الزواج.

تم مقابلة الزوجة والزوج كل واحد على انفراد في جلستين قبل أن يشعر المعالج أنه حصل على المعلومات الكافية لبناء بروفيلات الأنموذج. ورغم أن الزوج كان كريماً في العطاء المالي والمادي كانت لديه معلومات قليلة عن الألفة العاطفية أو المشاركة. كان في أعماقه فاقد الطمأنينة والأمن، ولديه صور الهجر المرتبطة بأفكار الرفض الأمي (نسبة إلى الأم) - والدته خرجت عن والده عندما كان عمر المريض ١٢ سنة. كان يستخدم الطعام والإقبال عليه كوسيلة تعويضية عصُابية عن فقدان حنان الأم، مما زاد من وزنه وساء شكل هيأته بسبب بدانته. لديه معارف ولكن ليس أصدقاء، وعلاقاته البيشخصية محصورة بالرجال الذين مصدر الوئام والوفاق بصحبتهم.

أما الزوجة فقد ترعرعت في بيت كان والداها يعملان في ميدان الفن وبحالة معاشية مكفوفة ضيقة، وفقر نسبي. وقد ورثت سورات العنف والانفجارات والمزاج الاكتئابي. رحبت بزوجها لقدراته على الكسب والدخل الجيد فقط، أما صور عواطفها وعلاقاتها الجنسية الحقة فكانت مع الكتّاب والموسيقيين والمفكرين. انخرطت في علاقات جنسية مع المربين في مجتمعها، إلا أن مشاعر الإثم كانت تعبر عنها بأعراضها الهضمية المستمرة خلال تلك الفترة.

عند الزوجة القليل من الصديقات تتمتع بلقائهن، وتلعب معهن بعض ضروب الألعاب الرياضية كالتنس وغيرها.

في هذا المنعطف، ومن خلال الدلالات الغامضة والعامة لمعت كروبهما وعلاقاتهما الشخصية غير المُرْضية. فمن خلال تتبع أجوبتهما عن استبيان القصة الحياتية، وإنشاء بروفيلات النماذج، فهل أسلوب العلاج المطلوب أصبح واضحاً ويُظهر ذاته بدون التفتيش عليه؟

بروفيلات الأنموذج		
	للزوج	للزوجة
السلوك:	زيادة النشاطات الرياضية ونشاطات الفراغ.	إضعاف الكلام بصوت عالٍ وإيقاف الهجوم والسلوك العدواني.

	تخفيف النهم نحو الطعام.	زيادة مقدار المديح والإطراء إلى زوجها.
	زيادة مقدار وقت الاسترخاء والمسرة مع زوجته.	إيقاف استخدام الجنس كسلاح.
العاطفة:	القلق (استخدام الغضب كتغطية)	العدوان (الصراخ من أجل طلب العون)
		الاكتئاب من وقت إلى آخر.
الإحساس:	استخدام التعب والتوتر لتجنب الالتزام.	اهتمامها الكبير بالمسرات الفنية.
	لا يقدر	تستمتع بالتمارين القاسية.
	الفن البصري والفن المعماري.	وعي جنسي وحسي محدودين.
التخيل:	مواضيع الرفض الأمي	التخيلات الرومانسية.
	صورة سيئة عن الذات (البدانة)	التخيلات بأن تكون فنانة مشهورة.
الفكر:	تفكير قوالبي على نمط واحد.	الميل نحو إرباك الزوج وأدوار الأب.
	أفكار جامدة عما يجب أن تكون عليه الزوجة والتصرف، الواجبات كأم، ودور المقاول الناجح.	وجود اعتقاد راسخ بكونها مدللة.
العلاقة البيشخصية:	لا أصدقاء من النسوة.	لديها صديقات مخلصات وموثوقات.
	غير قادر على التعامل مع زوجته عدا الانسحاب أو الهجوم عليها.	تستخدم مزاجها وسورات غضبها لضبط زوجها وإخضاعه.
الأدوية:	الحاجة إلى تغذية أفضل وأكثر توازناً.	رغبات في الإقلاع عن التدخين.

بعد مناقشة تفاصيل البروفيلات الأنموذج التي ذكرناها، اختار الطرفان البدء بالتعامل مع ثلاثة أهداف واضحة نوعية وهي:

أ - إيجاد النشاطات الممكن أن يتبعها الزوجان معاً.

ب – تحسين الوظيفة الجنسية عندهما .

جـ – التغلب على التباينات الفكرية (المعرفية) ، والتوقعات المختلفة المتباينة .

وقد اتضح أنه بمجرد أن اطلعا على البروفيلين التجريبيين البدئيين بدا أنه من شأن ذلك تزويدهما بالفرصة لأن يفتحا بعض الأقنية البناءة في الاتصالات بينهما . فمثلاً قال الزوج : « إنه من الصعب أن تدلل فرداً وتلاطفه إذا كان يصرخ ويشكو في وجهك » ، وهنا انفجرت زوجته في البكاء في حين أخذ زوجها يستجديها ويلاطفها .

ويُفترض أن زيادة الغضب الملاحظ ، وتكراره ، ومدة التوازن الإيجابي ضمن إطار الزواج من شأنه أن يعمق المسرة الذاتية والمحبة المتبادلة . فتضخيم السلوكيات المرغوبة والمثابة من شأنه أن يضعف العمليات مثل التحدي غير المرغوب ، وصراعات القوة ، والجوانب الأخرى من الضبط القسري . فالهدف الجوهري من العلاج الزوجي هو تحسين المناخ الزوجي نحو سعادة أفضل ، وألم أقل من الحالة الزوجية .

في بادئ الأمر ، تلت الجلسات المشتركة سلوكيات تكرارية . كانت الزوجة المهاجمة ، المُتَهمة ، العدوانية ، بينما كان زوجها يدافع عن موقفه ، ومن ثم انتفخ غضباً فانتقل إلى موقف المهاجم المعاكس .

واتضح للمعالج أنه بين حين وآخر تبدو المحاضرة الأخلاقية للزوجين مُعينة ومفيدة . لذا فقد أعطى الزوجين ثلاث نسخ مطبوعة على الآلة الكاتبة بعنوان : «سبع قواعد أساسية جوهرية» مآلها التالي :

- لا تحاول انتقاد فرد ما ، ولكن **انتقد فقط سلوكه** .
- لا تحاول أن تخبر الشخص الآخر عما يدور في خلده أو مشاعره (أي لا تغتصب تفكيره) .
- تجنب أن تقول لفرد «أنت دوماً» أو «أنت أبداً» كن نوعياً في القول وليكن كلامك محدداً .

- تجنب تصنيف مواقف الناس بالتعابير خطأ - صواب. جيد - سيئ، عندما تبرز الخلافات فتش عن التسويات.
- استخدم التعابير مثل (أحس) بدلاً من أن تقول (أنت) مثلاً قل (أحس أن مشاعري مُست عندما تتجاهلني) بدلاً من أن تقول له: (أنت أناني وغير محترم لأنك تتجاهلني).
- كن في كلامك صريحاً ومباشراً وشريفاً في القول. قُل ما تقصده بدون مواربة. وأن تعني ما تقول.
- أنت على أحسن ما يرام. وأنا على أحسن ما يرام. أنا أقدّر، وأنت تقدر.

بعد أن فسر وناقش المعالج كل قاعدة من قواعد آداب الكلام لهما أعطى نسخة منها إلى الزوج لمحفظة جيبه، والأخرى لمحفظة الزوجة، وأخرى توضع على باب الثلاجة في دارهما.

لقد اشتكيا أنه من المستحيل عليهما الدخول في نقاش إلا وينتهي بالانفجارات وتراشق العبارات المهينة. في إحدى المرات عمدت إلى رفس، وعض، ولَكْم زوجها، وهو بدوره انتقم بالأسلوب نفسه مرة أو مرتين. وهنا فرض المعالج عليهما استخدام الاتصال التبادلي المحدد الوقت (انظر الملحق رقم ٢) البند رقم ٣٦، ونصحهما ممارسة هذا التدريب الاتصالي ثلاث مرات أسبوعياً. كما نظم مقابلات منفردة مع الزوج والزوجة. إذ حاول أن يدرب الزوج أن يسمع غضب زوجته كإشارة منها على تألمها (إعادة تأطير الموقف الإدراكي Refraiming) ومن خلال تطبيق تقنية لعب الدور تأمل المعالج أن يُمكّن الزوج من أن يخلق **في نفسه المقولات الداعمة العاطفية عندما يواجه غضب زوجته وردود الأفعال غير الدفاعية**.

كان المعالج يرغب في أن يتحقق من كامل مدى الحالة الاكتئابية للزوجة (وقرر ألا يصف لها أو يوصي بوصف الأدوية المضادة للاكتئاب نظراً لأنه لا يبدو عليها أن لديها اضطرابا اكتئابيا لا سيما وأنها تعارض تعاطي الدواء). كما خصص المعالج عدة جلسات للتدريب على تأكيد الذات من أجل أن يبدل عندها

الانفجارات العدوانية . وهنا نورد الحوار العلاجي الكلامي النموذجي في هذا الصدد :

المعالج : تخيلي أنه يوم الأحد على درجة كبيرة من العجلة لأداء أعمال كثيرة . أنت منهكة لأنك قمت بأعمال كثيرة وبعجلة . أعددتِ كل شيء .

الزوجة : آواه أجل يتعين عليّ أن أعد فطوراً كبيراً .

المعالج : حسناً : أعددتِ الفطور .

الزوجة : ونظفت ، والآن أنهيت تنظيف ما تركته الليلة الماضية .

المعالج : حسناً ، كنت منشغلة كثيراً .

الزوجة : وكنت أيضاً في بلدة «كاركر بريدج مول» .

المعالج : ذهبت إلى تلك البلدة وقمت بأداء خدمات الزوجة والأم . والآن عدت إلى دارك . فماذا قال لك زوجك ؟

الزوجة : هذا (بوب) من أحد مكاتب الهندسة المعمارية يجلب هذا الولد كيما يجتمع مع ابنتنا الكبيرة .

المعالج : ما هي مشاعرك حيال ذلك ؟

الزوجة : إنه يُثْري صورة ذاته . أخذ يستعمل الولد ليضيفه بَهاراً للمهندس المعماري . لماذا جلبه الساعة ٧,٣٠ يوم الأحد مساءً عندما دخلت البيت الساعة ٦,١٥ مساءً وأنا متعبة ، منهكة منزعجة ولم يحن وقت العشاء بعد، ولا يوجد من يساعدني على إعداد العشاء . لقد وضع حملاً كبيراً على كتفي عندما جلب ولد صاحبه المهندس إلى الدار في هذا الوقت .

المعالج : لتعلمي إذا ما تصرفتِ مثل ذلك ، فإنه يثير عنده ردود فعل دفاعية عدوانية ، وبتعبير آخر إذا ما قلت له : (النبي المسيح ، لماذا رميتني في جهنم...) .

الزوجة : لم أقل له ذلك .

المعالج : أعرف ذلك .

الزوجة: حاولت الاسترخاء.

المعالج: أنا فقط ألفت نظرك إلى هذه النقطة. إن قلتِ له ذلك فلن يكون الأمر بناءً. أرغب منك أن تلعبي دور المؤكد لذاتك ولكن بدون الوصول إلى المساس بمشاعره، وكرامته وإثارة ردود فعله العدوانية.

الآن سنلعب الدور، فأنا بدورك وأنت تلعبين دور زوجك. أنا الآن أنت.

الزوجة: حسناً.

المعالج (وهو يلعب دور الزوجة): أنت تعلم يا عزيزي أشعر بعبء كبير عليَّ، فأنا لا أرغب أن يزداد هذا العبء عليَّ بعبء آخر الآن.

الزوجة (وهي تلعب دور الزوج): حقاً أنا لا أعرف لماذا تشعرين بذلك. بالله عليك ماذا فعلت طوال هذا اليوم؟ أنت تعلمين لقد أخذتُ (بيتر) إلى القطار. وكل ما عليك فعله أن تذهبي إلى بلدة كواكر بريدج ميل، ومن ثم اشتريت لميخائيل بعض الأطعمة، فلماذا هذا التضخيم لمتاعبك؟

المعالج (يلعب الدور): دعني أشرح لك شيئاً. أنت تعلم أنه عندما تفكر بهذه الطريقة فأنا أشعر بالصغار والدونية. وأشعر تماماً أنك توجه إليَّ رسالة أنني لا أقدرها، وبخاصة عندما تضمنها أنني لم أقم بشيء يذكر هذا اليوم. أنا متأكدة أنك تدرك بأنني كنت مشغولة جداً طوال ذلك اليوم.

الزوجة (تلعب دور الزوج): ولكن من المفروض أن تنفذي هذه الأعمال؛ أنت أم. عليك أن تقبلي الحقيقة هي أنه عندما يكون ميشيل في الدار، ويرغب في تناول بعض الأطعمة، فهذا عملك. أنت أم أليس كذلك؟

المعالج (يلعب دور الزوجة): أعتقد أن ما تفعله الآن هو إعطاء محاضرة لي في الوقت الذي لا تدرك مشاعري ولا تستشعر بها. أحاول جهدي أن أسْمِعَك الطريقة التي أشعر بها الآن التي تبلغك أنني قمت بكل واجباتي كأم لم أقصر بواجباتي، ومع ذلك أشعر أنني مستاءة ومرهقة.

الزوجة (تلعب دور الزوج) يتعين عليك ألا تشعري بذلك، إنها فترة تشوبها

الفوضوية. أقصد أنا متعب. ويبدو أننا مُتعبان معاً بضغوطاتي وضغوطاتك. والأفضل لنا أن لا نتكلم عن هذا الموضوع.

المعالج (يلعب دور الزوجة): عندما تقول أنه عليّ ألا أشعر بهذه الطريقة فإنه يحدث أن أشعر بذلك. وتقول لي أنك أنت ترزخ تحت ضغوط نفسية أيضاً وكأنك تجعلني أشعر أنني تحت ضغط أقل، وهذا شيء غير معين ولا مفيد، فهل تدري ما الشيء الذي يكون حقاً مُعيناً: إذا قلت ذلك؟ «يا حبيبتي، كان يوم قاسياً حقاً بالنسبة إليك. وقد جاهدتِ جهاداً تشكرين عليه، وآسف أن أضيف هذا العبء الجديد عليك، ترى ماذا أستطيع أن أفعله لأخفف عنك هذا العبء؟ أشعر أنني مدين لك بمعروف خاص. أنت تفعلين كل هذا من أجلي، وكان ذلك يوماً جافاً قاسياً على ذاتك، وبالتأكيد أقدر حق تقدير ذلك الأمر. إذا كان باستطاعتك أن تكلمني بتلك الطريقة، فقد التمس مسح حذائك وأكون مبتسمة لقاء ما أفعل) (انتهى لعب الدور).

الزوجة (وقد أطرقت لهنيهة مفكرة) لا أدري ماذا قال (وهي تضحك) ليس لدي فكرة.

المعالج: كما رأيت في لعب الدور ما حصلت عليه مهم جداً جداً. لاحظي هذا العنصر الخاص. فأنت في دورك لم توصلي له فقط رسالة مشاعرك، حيث هذا الإيصال عملية تأكيد الذات، ولكن عندما زوجك لم يستجب إلى الطريقة التي ترومين إليها، اعلمتيه كيف ترغبين أن تكون استجابته نحوك مستقبلاً، وكيف يرغب أن يستجاب له (أنا مستعدة أن أمسح حذاءك إن سلكت معي هذا الطريق في الاتصال).

الزوجة: في كلمات أخرى أنت تقوده وترشده.

المعالج: هذا صحيح أنت تقولين له: «ليكن معلوماً عندك إذا كان أسلوبك في الكلام بهذه الطريقة، أو عبرت عن ذلك بتلك الطريقة، سأكون قادرة أن أسمعك، وسأكون ميالة إلى التعاون. ولكن عندما يكون اتصالك بهذا الأسلوب، وتتكلم معي بهذه الطريقة: «استمري هذا هو واجبك كأم». أو عندما تقول لي:

(أنا أيضاً لدي الكثير من الضغوط)، أو عندما تقول: (ماذا كنت تفعلين طوال الوقت في هذا اليوم؟). فأنا أمام هذا الأسلوب من الكلام لا أستطيع أن أضع رأسي في مكان جيد. وإذا رغبت أن أقترب منك من مكان جيد، يتعين عليك أن تقول لي خلاف ذلك».

الزوجة: حسناً في الواقع يجب أن يكون تقربي منه على تلك الصورة.

المعالج: لنقلب الدور الآن. لألعب دور زوجك (أنا الزوج الآن) ويتعين عليك أن تتعاملي معي تعاملاً فيه تأكيد لذاتك ولكن بدون أن تكوني عدوانية في هذا التأكيد.

وهكذا نجد أن التقرب أو التكتيك الأكثر نفعاً ونجاعة لهذين الزوجين التعيسين كان من خلال اتباع ما أسماه كل من: براتا، وبوسكولو (١٩٧٨) (مبدأ التضّمن الإيجابي Principle of Positive Connotation).

فعند استخدام هذه الاستراتيجية، فإن الفرد يسعى من خلالها إلى إيجاد الحجة أو الذريعة الإيجابية لجميع السلوكيات.

فمن معاينة نموذجي التخيل والمعرفي بدا واضحاً أن كليهما على اعتقاد راسخ، ومن حيث الأساس، أن كل واحد منهما كائن إنساني جيد.

وعلى هذا الأساس عندما كانا يخربان التمارين الحوارية، أو تدمير أي جانب آخر من المعالجة، أقول لهما: لنفتش معاً عن نية الإحسان وراء هذا التصرف. وأنا على إدراك عندما أحد منكما يلجأ إلى السلوك اللاتعاوني البغيض كما يبدو ظاهراً ذلك لأنه بسبب النية الحسنة ولكن الموجهة توجيهاً سيئاً».

إن هذه الطريقة المسماة الارتباط الثنائي العلاجي Therapeutic Double - bind.

(واتزالفيش ١٩٧٨) تبدو أنها تحرض تعاونهما الكامل عندما نطرح على الزوجين تمارين تركيز مدركة بالإحساس. Sensate Focus exercises.[1] بهدف

(١) مصطلح مستعار من ماسترز وجونسون وهي عبارة عن تقنية لإزالة مشكلات الاضطراب الجنسي (القلق من الجماع الجنسي) حيث يطلب من الزوجين إثارة الإحساسات السارة الجسدية من خلال المساج، والتقبيل، والربت، والمداعبة الجسدية ولكن بدون الاقتراب من الأعضاء التناسلية أو الثدي والإثارة الجنسية في بادئ الأمر.

تحسين وظيفتهما الجنسية (ماسترز وجونسون ١٩٧٠)، وأيضاً عندما نتكلم عن النشاطات النوعية والاهتمامات الممكن تنفيذها من قبل الزوجين.

وأخيراً فإن الإدراك الأكثر عوناً الذي ينبثق عن اتصالاتهما المحددة بوقت معين، كان كل واحد منهما يميل إلى سوء تفسير المنبهات غير اللفظية الصادرة عن الشخص الآخر Nonverbal cues. وهنا كان يؤكد المعالج على التالي: (لأن فرداً يبدو كئيباً أو غاضباً، أو متعباً، أو ضجراً، فهذا لا يعني أن الفرد يشعر في الواقع بهذه المشاعر). لذا فقد لجأ المعالج إلى إعطائهم التعليمات الواضحة كيما **يعبران عن مشاعرهما**، ويتفحصان **بما يشعر الآخر وليس القفز إلى النتائج الناجمة عن التفسيرات الذاتية لسلوكيات الآخر**.

إن الأساليب التعليمية السالفة الذكر التي قدمت للزوجين تم تغطيتها بأربع وأربعين جلسة علاجية دامت تسعة أشهر -٣٠ جلسة مشتركة وثمان جلسات فردية مع الزوجة، وست جلسات فردية مع الزوج، لقد أثمرت هذه الجلسات العلاجية وأعطت فوائدها المتوخاة. إذ أفاد الطرفان أنهما تجاوزا النفور الجنسي وتحققت القربى الجنسية المرغوبة المطلوبة. وقد تجلى هذا المكسب العلاجي الإيجابي باستمراره لمدة ثلاث سنوات ونصف.

لقد شرحنا قصة هذين الزوجين بالتفصيل ذلك لأنها تبدو مثالية في التطبيقات الناجحة للعلاج المتعدد الأوجه. فالتفكير بتطبيق الصيغة BASIC ID من شأنه تسهيل التعرف على الاختلافات المحورية بالغة الأهمية، وعلى الصراعات الرئيسية التي أضحت بؤرة الاهتمام العلاجي. وبما أن المتعالجين (الزوج والزوجة) كان لديهما توظيف عاطفي كافٍ في العلاقة وعنصر عناية قوية متبادلة، فإن تصويب وتصحيح الاضطرابات من شأنه أن يعيدهما إلى المسار الصحيح، ويمكنهما من خلق التصويب الذاتي، والتكتيكات ذات الدفع الذاتي.

وفي هذا السياق يقول لنا العلّامة ساجر Sager (١٩٧٦): «إن سوء التوافق والانسجام في الحياة الزوجية عادة ما يتصف بمسائل وبمشكلات رئيسية قليلة في العلاقة».

ودوماً، فإن التقرب المتعدد الأوجه هو فردي (يعني بالفرد)، فلا تسأل هذه الطريقة فيما إذا كان الزوجان يجب أن يتعالجا على انفراد أو مجتمعين، أو فيما إذا كان مساعد المعالج يجب أن ينخرط في الإرشاد الزوجي أم لا. أو فيما إذا كان الزوجان يجب أن ينخرطا في فئات متزوجة، أو فيما إذا كان أعضاء الأسرة تشملهم المقابلات. فالتقرب المتعدد الأوجه يسأل فقط متى وفيما إذا كانت أي من هذه الاستراتيجيات أو جميعها ستبرهن على نفعها في حالة معينة.

وتدل التجارب السريرية العلاجية على أن التساؤلات العامة لا تبدو ملائمة. كأن نتساءل: «هل العلاج الزوجي ضمن نطاق الجماعة (العلاج الجماعي) هو متفوق على العلاج المشترك (أي الذي يتناول الزوجين معاً). ولعل الأفضل أن يكون سؤلنا على الوجه التالي: **متى ولمن يكون العلاج الجماعي الزوجي أفضل من العلاج الزوجي الثنائي ؟**.

يطالعنا العّلامة جورمان (١٩٧٣) في دراسته التي تناولت مقارنة نسب التحسن في عدد كبير من أساليب العلاج الأسري، فاتضح له عدم وجود بيّنة تدل على أن المساعدين للمعالجين يحصلون على نتائج أفضل من المعالجين الذين ليس لديهم مساعدون. ويبدو أن التساؤل هنا يجب أن يُصاغ بالشكل التالي: «تحت أي ظروف يتمكن مساعدو المعالجين من الحصول على نتائج أفضل»؟ يفيدنا الدكتور أرنولد لازاروس أن بعض الأزواج الذي تعامل معهم علاجياً كانت الزوجة تطلب بصورة واضحة التعامل العلاجي مع مساعد المعالج.

وفي حالات أخرى كان الدكتور المعالج، المذكور يلجأ إلى مساعدة المعالج عندما يصبح التقدم العلاجي متأرجحاً و غير مستقر.

ويقول لنا أولبورت (١٩٣٧) أن الميدان النفسي: «لا يوجد فيه **ذهن مُعمم، ولكن يوجد فقط عقول فردية، تُدرك بالحواس. وأن كل ذهن أو عقل يطرح مشكلات خاصة بهذا العقل**».

لقد عالج الدكتور لازاروس العديد من الأزواج وعلمهم أن يتتبعوا الترتيب التفاعلي التسلسلي المتلاحق للنماذج النوعية (انظر الفصل الخامس). وقد وجد أن هذه الطريقة بدت فعالة في تحقيق فهم عميق للمشكلة تلو الأخرى.

وقد أفادت إحدى الزوجات للمعالج: «عندما كان جون في مزاج سيئ، تعودت أن أحتضن مشكلته احتضاناً شخصياً، الآن أطلب منه أن أشارك تفكيره وصوره الذهنية»... أنت على حق تماماً أيها المعالج أنه بدأ يزعج نفسه من خلال أفكاره السلبية، وأنه بفعل تخيله للحوادث المرعبة فإنه أصبح متوتراً وفي مزاج سيئ. الآن أصبحت قادرة على مساعدته كيما يكسر هذه الحلقة المعيبة. وهو أيضاً يفعل الشيء نفسه معي فيساعدني على الاستبصار بأفكاري السلبية التي تولد فيّ القلق والاكتئاب والكرب وبخاصة عندما يحيط بي الصداع».

٢-التعاقدات والتكتيكات الأخرى

عندما يمتلك المعالجون للأزواج ترسانة من الأساليب العلاجية يصبحون أكثر فعالية وسيطرة على الحالات التي تُعرض عليهم.

إن بعض الأزواج يستجيبون استجابة جيدة نحو استخدام الإثابات النوعية. فمثلاً زوجان يعطي كل واحد منهما الآخر رقاقات بطاطا ملونة للتعبير عن المسرة أو الانزعاج وذلك استجابة إلى سلوكيات وأفعال خاصة (Stuart 1969). فإذا كانت الزوجة مسرورة ممتنة بشيء من زوجها فتعطيه فيشة Chip بلون أحمر كتعبير عن الاعتبار والامتنان. أما الفيشة الصفراء فتعبر عن رضا أقل من سلوك معين. والفيشة الزرقاء تعني الرفض القاطع لسلوك معين. وبعد مدة ٤٨ ساعة أو أسبوع يجمع الزوجان الفيش. فإذا كان عدد الفيش الحمر والصفر هو الغالب والأكثر فإن الحاصل عليهما يكون هو المكافأ، والمكافأة هنا هي إما نزهة يحصل عليها إلى خارج المدينة، أو تناول وجبة غذاء فاخرة في أحد المطاعم الفاخرة... وإلى ما هناك من إثابات أخرى. أما غلبة عدد الفيش الزرق عند أحد الزوجين فينال العقاب. والعقاب هو القيام بأعمال السخرة، في البيت (بالنسبة للرجل) أو إجراء

المزيد من الجلسات العلاجية أو إلى ما هنالك من عقوبات...) .

كثير من الأفراد يجدون هذه الإجراءات الميكانيكية اعتداء. بينما آخرون يجدونها نافعة مفيدة في ضبط السلوكيات غير المرغوبة، وكما ذكرنا في الفصل الثامن من هذا الكتاب، إن الطريقة الوحيدة في تحديد استخدام استراتيجية معينة هي في معرفة مدى ملاءمتها للمتعالجين.

قد يعارض بعض الأزواج بشدة أي شكل تعاقدي والدخول باتفاق بين الزوج والزوجة. وحجة الزوج في رفض التعاقد أن هذا الأمر يحدث بين غريبين وليس بين زوجين. واعترضت زوجة محامية على التعامل بعقد مع زوجها في تسوية سوء التفاهم والخلافات معه على أساس أن العملية التعاقدية هي تجارية صرفة تحدث كأسلوب تعامل تجاري ولكن ليس في التعامل الزوجي... إنها تبعد مفهوم الشراكة عن الحب والعناية وتضعهما في سلة السوق.

والحق يقال، وكما أثبتت الخبرات السريرية العلاجية في هذا الميدان، فإن الاستخدام الواضح للعمليات التعاقدية في النزاعات الزوجية لا تخدم حقيقة ولا تحل المشكلات الأساسية، **ولكنها تكون منطلقاً لخلق أنموذج استجابة فيها طابع الإحسان في التعامل الزوجي، بعد أن يتم طرح القضايا الجوهرية للحل والتسوية.**

إن الهدف من العملية التعاقدية هو **فقط زيادة السلوكيات الإيجابية عند الزوجين وليس إنقاص السلوكيات غير المرغوبة** (Waiss 1978).

نحن نرغب في إزالة السيطرة القسرية وغيرها من السلوكيات أو الاستراتيجيات المنفرة، المكرهة، والإلحاح على البديل الذي يتمثل بفضائل التعزيز الإيجابي والتعاملات الإيجابية البيشخصية. «غالباً ما نرى أن الزوجين المكروبين هما ماهران في معاقبة كل واحد منهما للآخر عند حدوث السلوكيات غير المرغوبة (O'leary 1978). فكثير من العقود الزوجية قائمة على البدل أو التعويض (Jackson 1965) الذي يعني «شيء مقابل شيء» أو (سأحاول أن أسرّك

حينما تحاول أن تسرّني) . إن هذا العطاء المتبادل أو لنقل التجارة المتبادلة يمكن أن تترجم بالمثال التالي : إن رتب حسام غرفة نومه ، وعلّق ثيابه في محلها ، ودرس دروسه في أوقاتها فإن والده سيشتري له دراجة حسب طلبه) . على المستوى الزوجي ، إذا ما عدلت الزوجة لهجتها ، وخفضت من درجة حدتها عند مخاطبة زوجها ، فإنه بالمقابل سيمتنع كلياً عن مقاطعة اصطحابها إلى تناول العشاء في يوم عطلة آخر الأسبوع في أحد المطاعم التي تقدم طعاماً فاخراً.

أما على مستوى العلاقات الجنسية الزوجية يرى توركويز (١٩٧٨) أن عقود السلوك الجنسي هي توصيات سيئة لا يحبذها بين الزوجين .

إن مطلب الاتصال الجنسي على أساس **الواجب** والالتزام obligation غالباً ما يثير الاستياء والكراهية . إذ أن كثيراً من الناس يجدون أن تبادل الاتصال الجنسي هو كريه جداً وممقوت في غياب العواطف الإيجابية بين الطرفين . كأن مثلاً إذا اشترى الزوج لزوجته الحلي المطلوبة فإنها على استعداد لمضاجعته جنسياً . أو إن ساعدها في أداء الخدمات المنزلية فهي لن تمتنع عن تلبية طلبه الجنسي . وللأسف كثيراً ما تكون مثل هذه المساومات سائدة عند كثير من الأزواج في تعاملاتهم الجنسية . وأن كثيراً من الاضطرابات الجنسية (العنة الجنسية عند الزوج) سببها فقدان العواطف الإيجابية نحو الزوجة والعكس هو صحيح بالنسبة للزوجة .

وإذا وجد المعالج أن أحد الزوجين يطلب بكثرة الاتصال الجنسي مع الآخر عليه أن يتعرف على التبدلات النوعية في السلوك التي هي مصدر هذه الكثرة في طلب الجماع الجنسي .

من تكتيكات إبقاء الصلة الزوجية الإيجابية مستمرة التي يقترحها المعالج من أجل ترميم العلاقة الزوجية الفاترة المتآكلة ، هو أن يطلب من الزوجين تحديد يوم معين في الأسبوع يكون مقدساً في الالتزام به ، لا يمكن تجاوزه إلا بسبب قاهر جداً ، وهو أن يتناولا طعاماً معاً وحدهما في مطعم؛ العشاء أو الغداء، ولا يشترط أن تكون الوجبة غالية الثمن . إنه موعد أسبوعي مستمر بين الزوجين للالتقاء يكرسان الوقت فيه للمتعة والحب ، ولا تثار فيه أية مشكلة من المشكلات

الزوجية أو الأسرية على الإطلاق. إن مثل هذا التكتيك هو مناسب جداً للزوجين المنغمسين في أعمال مهنية، تبرز مشكلاتهما ومتاعبهما الزوجية من وراء طبيعة أعمالهما التي تمتص حياتهما الزوجية وتكون على حسابها.

هناك تكنيك آخر مفيد أسماه العلّامة ستوآرت (١٩٧٦) «أيام الرعاية Caring days». في هذه التقنية تخصص أيام يعمل فيها الزوج أو الزوجة على بذل جهد مُضنٍ لإسعاد وجلب المسرة إلى الطرف الآخر وذلك من خلال الانخراط في سلوكيات خاصة يرغبها الزوج / أو الزوجة (أي الطرف الآخر). يتمثل هذا الإسعاد عند بعض الأزواج بتسهيل تشكل مشاعر المحبة الإيجابية. وأن أغلبية التقنيات المذكورة في (الملحق رقم ٢) من هذا الكتاب يمكن دمجها في العلاج الزوجي المتعدد الأساليب. من بين أكثر الطرق المستخدمة هي: تكرار السلوك، محاكاة نموذج Modeling، التعزيز الإيجابي، عدم التعزيز، الرصد والمراقبة الذاتية، تحديد هوية الشعور، التدريب على الاسترخاء، تصحيح الأفكار الخاطئة، مهارات التعامل الاجتماعية والتدريب على تأكيد الذات، التعاقد القائم على الاشتراط الإجرائي (الإثابة والعقاب) الاتصال المحدد بوقت معين، الاستراتيجيات التناقضية، التدريب على الاتصال (انظر الملحق رقم ٢ الذي يشمل كافة وصف هذه الطرق) عندما تكون المشكلة جنسية الطابع، فإن التقنيات التالية هي المختارة:

التعريض النموذجي، التدريب على زيادة عتبة قذف المني (في سرعة دفق المني)، التدريب على الوعي الجنسي. والتقربات الجنسية المتدرجة (شرحنا هذه الطرق في سياق هذا الفصل وسنتطرق إليها في الفصل العاشر).

٣ ـ مشكلات التوافق والانسجام

إن بعض الناس يتعلمون السيطرة على خلافاتهم سيطرة ناضجة وبحساسية متبعين وملتزمين بمبادئ المساواة، وبالتالي فإنهم يخلقون شراكة وظيفية حميدة وجيدة، ولكن ليس زواجاً مُرضياً تطوف به أجواء المسرة. ورغم وجود التناغم البيشخصي، فإنهم يشعرون بالعزلة اليائسة البائسة. والحق يقال إن كل فردين

تقريباً في مقدورهما تحقيق السعادة الزوجية إذا ما التزما وراعيا القواعد الأساسية (مثل عدم اللجوء إلى الذم، والاتهامات، ونعت الأحكام، والتفتيش عن المثالب والأخطاء وفرض المطالب، والتجاهل أو التعدي العدواني بدلاً من الإطراء والاتصالات، والحوار، والشكر، والعون، والتسامح).

إن هذا يتطلب أكثر من عمل مشترك، وأهداف مشتركة، وتعاملات فيها الاحترام والتقدير. ويمكن أن نضيف أيضاً المحبة القوية، والانجذاب، والعناية، وبعض الاتفاق على أمور تتعلق بالذوق والاهتمام.

في عيادات العلاجات الزوجية، تشاهد كثير من حالات الزواج السيئة الوظيفة، حيث لا يحتاج الزوجان إلى تدريب على المهارات الاجتماعية، ومهارات الاتصال، والتعاقد وغير ذلك من الأمور. إذ كثير من الناس يدركون إدراكاً تاماً كيف ينتهجون إذا ما اختاروا.

هناك من الأزواج من يدرك أنهم يخربون علاقاتهم من خلال التحقير، والتعزيز السلبي، والمناورات القسرية القهرية، وغير ذلك من السلوكيات السلبية.

وفضلاً عن ذلك، إن التحريات الفردية للنماذج البيشخصية الخاصة بهم تكشف أنهم يمتلكون المهارات الضرورية لخلق تفاعلات إيجابية. وأن كثيراً من هذه المشاكل تنبع من مناوشات بسيطة تافهة، إلا أنها تنمو وتتصاعد لتصبح خارج السيطرة. فالعجرفة المزيفة تدخل في الصورة، وتكون متبوعة بمخاوف نوعية وقلق مفعمين بردود فعل دفاعية.

وإذا ما أصاب الموقف التصعيد بحيث أن الصيغة BASIC ID في تحليلاتها **تكشف الغياب الكامل للعاطفة والرعاية، فإن علاج الطلاق يكون هو الملاذ والحل. وهنا، فإن الهدف يتمحور في إضعاف الآلام من الفراق، وتحقيق صحبة وألفة مشتركة بين الزوجين المطلقين، وذلك بهدف الحفاظ على الأولاد وحمايتهم من الانحراف.**

وعلى عكس ما هو متصور، فإن في اقتراح «علاج الطلاق» نجد أن واحداً منهما قد يزكي الدوافع لإسعاف الزواج وإعادته إلى الطريق السوي. وهنا فإن

الأسلوب التالي له قيمة علاجية وتشخيصية على حد سواء. يُسأل الزوجان التالي: «إذا تم إعلامكما أن فرداً ما تحبانه كثيراً سيتعرض للتعذيب إلى أن يقتل، إلا إذا عمد كل واحد منكما إلى علاج الآخر بالحب، والملاطفة، والتفاهم، والاعتبار، والرعاية لمدة شهر واحد. فهل تضمنان أن الأذى لايلحق بالشخص الذي تحبانه؟ سيتم وضعكما تحت المراقبة لمدة ٢٤ ساعة بالمراقبة التلفزيونية. فإن التحقير في التعليق، والإظهار البسيط للعداوة من شأن ذلك مراقبتهما ورصدهما فالتجربة انتهت، والفرد الذي تحبه أصبح متألماً إلى درجة الموت.

الآن أخبرني ما هي فرص البقاء عنده أو عندها؟ فتحت هذه الظروف هل في مقدورك تقديم حب غير مأجور لمدة شهر؟

عندما يعبر أحد الشريكين أو كلاهما عن أن استمرارية وبقاء روابط حب أحدهما أضحت معرضة للمجازفة والمخاطر، فإن العلاج الزوجي غالباً ما يصبح شاقاً وعسيراً. وأن الزوجين اللذين يضمنان ضماناً قاطعاً واضحاً سلامة الفرد المحبوب يتعين عليهما **أن يلعبا دور الموقف** لمدة أسبوع (أي تطبق تقنية التخيل بكونهم تحت المراقبة وأن سعادة الفرد المحبوب تتوقف على قدرتهما على إظهار السلوكيات الإيجابية) ومن ثم الإبلاغ عن نتائج جهدهما في لعب الدور التخيلي إلى المعالج في الجلسة المقبلة.

إن هذا التكتيك غالباً ما يخلق رد فعل متسلسلاً بنّاء، ويسمح للعلاج أن يعاين القضايا التي تبدو أقل واقعية من الاتصال بالبصر، والتغذية الراجعة، والإنصات الفعال. فاستخدام البروفيلات التركيبية (انظر الفصل الرابع) التي فيها يُطلب من الزوجين إعطاء درجة مقدرة على سلم من ١-١٠ درجات تعكس إدراك ذواتهما كشخصين فَعالين، عاطفيين، ويتمتعان بقدرة تخيلية، وحسية، وفطنة. والاهتمام بالصحة، كل هذه الأمور تطرح زخماً لاستقصاءات بناءة من التماثلات والاختلافات والفروق. فالمدى الذي يكون فيه الزواج بين امرأة ذكية مستقلة (غير معتمدة على الغير) نشطة جداً يقابل ذلك زوج مرتبط بالغير سلبي، وعاطفي

(والعكس بالعكس) هذا الوضع يمثل وحدة زوجية تكاملية ومُرضيــة، أو يعكس ارتباطاً غير متوافق، يحتاج إلى تحليل نوعي عبر النماذج السبعة في BASIC ID ترى كيف يتم تنفيذ ذلك؟

عندما يتم إجراء مقابلة مع كل زوج مقابلة منفصلة عادة ما يطلب المعالج أن يصف الزوج التفاعلات التي يراها كل واحد منهما مرغوبة من خلال الصيغة BASIC ID. «**ما هي الأمور التي ترغب أن تأخذ بها مع زوجك الآخر، والنشاطات التي تفضلها أن تكون محط اهتمامك؟ عدا الحب، وغيره من المشاعر هل هناك ما ترغب أن تعبر عنه؟ ما هي الصور الذهنية أو التخيلات التي تطوف أو ترد إلى ذهنك عندما أقول هذه الكلمات: (الزواج الممتاز)؟ ما هي المسرات الحسية والشعورية التي ترغب أن تعطيها وتأخذها**؟ ما هي أنواع القيم، والمواقف، **والمعتقدات التي تناسب عادة الزوجين، والتي ترغب أن يشاركك بها زوجك؟ ما الذي ترغبه من زوجك وما الذي ترغب أن تعطيه له**»؟

إن هذه الأسئلة التي تطرح على الزوج والزوجة في مقابلات منفردة تثير كثيراً من الاستجابات الاقترانية التي من شأنها إعطاء الفرصة لرحلة عبر القضايا الرئيسية.

ويعكس لنا ساجر Sager (1976) دلالة واضحة **حول مدى رغبة كل واحد من الزوجين في صحبة** ملتصقة بالآخر، أو وجود مسافة تحظى بالاحترام بينهما، وكيف أن التوقعات الطفولية، والوالدية، والرومانسية تؤثر على التفاعلات المختلفة الكائنة بينهما.

إن هذه التوقعات الضمنية غير المعلنة، عندما يُعبث بها، وتُخرق، غالباً ما تعبر عن مكنوناتها وذاتها بمزيد من الاصطدامات والصراعات الزوجية يكون محورها المال، وتربية الأولاد، والجنس، والصداقات، وجميع إطار أسلوب الحياة، ولنعلم أن التعاقدات السلوكية المبرمة بين الزوجين التي تضمن فقط هذه القضايا الثانوية حظها قليل في أن يكتب لها النجاح في تحقيق أهدافها. وهكذا نجد أن المشكلات تبرز إلى ساحة الحياة الزوجية إذا رغب الزوج أن يحصل على

علاقة حنو والدية من زوجته. بينما هي ترغب أن يدللها، ويشبع رغباتها على غرار الصورة التي كان والدها يتعامل مع رغباتها. ففي مثل هذه الحالات، يمكن أن تنظم العقود بين الزوجين التي تحقق مثل هذه الأدوار. **فكل واحد منهما يدخل في الحلبة الزوجية بتوقعات ضمنية. ومن خلال جعل هذه التوقعات صريحة مطروحة بالبيان يصبح من الممكن معاينة قابلية حياته واستمرارية العلاقة الزوجية**. وبهذا الخصوص فإن استخدام بروفيلات الأنموذج، والبروفيلات ذات الترتيب الثاني Second –order profile، إضافة إلى التكتيكات الأخرى التي أتينا على ذكرها في الفصلين الرابع والخامس، هذا الاستخدام هو على جانب كبير من الفعالية.

من ناحية أخرى علينا أن نعلم أن تعبير «سوء الوظيفة الزوجية» هو متسع جداً. فالزوجان إذا كان محور علاقتهما الزوجية يدور ويتمحور حول الغيرة المرضية الصادرة عن واحد منهما تجاه الآخر (عدم الوفاء والإخلاص لها)، فإن هذا الموقف يفرض تحديات علاجية مختلفة على الزوجين اللذين تتمحور مشكلاتهما حول مسائل تتعلق بأسلوب تربية الأطفال. كذلك فإن الكرب الزوجي الذي يتصادف بالمشكلات الجنسية يختلف اختلافاً بيناً عن المشكلات التي تعكس التدخل الوالدية. ثم إن العروسين الجديدين يطرحان مشكلات تختلف عن تلك التي تصادف في زواج عمره من ٢٠ إلى ٣٠ سنة. ومرة ثانية نسأل القارئ بعد أن عرضنا عليه هذا الفيض العلمي المنهجي أن يقرر فيما إذا كان تبني إطار العمل المتعدد الأوجه الذي فصلناه يسهّل علاجه. ثم هل هناك قيمة يمكن إضافتها إلى الصيغة BASIC ID. وإنشاء بروفيلات الأنموذج، وأيضاً الاسترشاد بالبروفيلات الخاصة بالترتيب الثاني للصيغة BASIC ID عندما تتطلب الضرورة ذلك وأيضاً تتبع مسار التأثيرات التفاعلية، وأخيراً الوصول إلى النظام التفاعلي التسلسلي التتابعي، ومناغمة البروفيلات المفضلة للمريض؟

٤ ـ الألفة المشتركة مقابل شراكة الألفة والمحبة

كثير من الناس يَلجون الزواج بأفكار وتصورات مثالية وورومانسية تتكسر على صخرة الواقع فيما بعد. فعندما يدب هيام الافتتان لينسج أساس المحبة الدائمة، نرى يلوح في الأفق ضباب الطلاق. فالاحتكاك اليومي للحياة الزوجية سرعان ما يطفئ التوقعات المشتطة للأحلام الرومانسية التي لم يعد لها مكان للعمليات الحتمية للتكيف وإعادة التكيف التي يتطلبها الزواج. فالزواج الناجح هو من النوع الذي يشاد مع تقدم الزمن بإسهامات مشتركة من العادات والخبرات **دون أن يخفي أحد الزوجين عن الآخر الفروق الجوهرية بينهما**.

هناك كثير من الناس يؤكدون على أن الزواج هو علاقة تحمل مبادئ الصداقة بأعلى ألفتها ودرجاتها. الواقع أن الزواج يتواكب مع **الصداقة ولكن ليس مرادفاً لها**. إذ أن كثيراً من الصداقات ما قبل الزواج والأخرى التي تتخللها علاقات جنسية غير شرعية تتحول إلى مآس وحزن وشقاء بعد أن يتزوج الطرفان.

إن تركيب الزواج يفرض مجموعة **من المواقف، والأدوار، والتوقعات** التي تتعدى حدود الصداقة الخالصة النقية. وفضلاً عن ذلك، عندما يتزوج فردان أو **يعيشان معاً تحت سقف واحد تبرز عمليات غير رومانسية ومستندة إلى واقع وليس إلى أمان وآمال، قوامها تشكل العادات** والتي تحل محل الأحلام الرومانسية. ونعني هنا حاجات الطعام، واللباس والنوم، والعمل. والراحة، والعشرة وغيرها. **فهذه الحاجات التي لا يمكن حصرها أو عدّها تستدعي التفاوض حولها والاتفاق عليها بين الطرفين**.

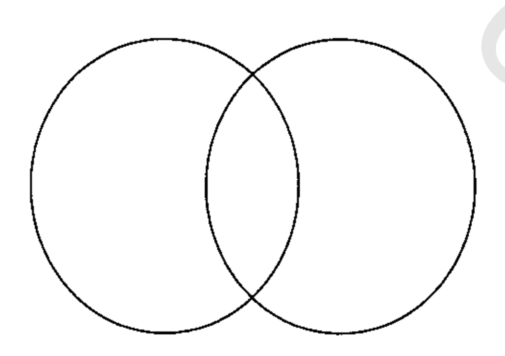
الزواج في واقعه الموضوعي العملي **هو شراكة الألفة** Intimate Sharing ولنقل مقاسمة الألفة. في حين أن الصداقة هي **ألفة مشتركة**. فعلى المستوى النموذجي لا يتوقع الأصدقاء أن يعيشوا تحت سقف واحد. فألفتهم المشتركة هي مشددة مكثفة وليست ممتدة. أما الزواج فيتضمن معنى الشراكة في كثير من الحوادث اليومية بحيث أن مستوى شدة الشعور لأحد الزوجين لها تأثير مباشر

على الزوج الآخر. وعلى هذا فإنه من السهولة بمقدار أن يرزح النظام الزوجي تحت عبء ثقيل.

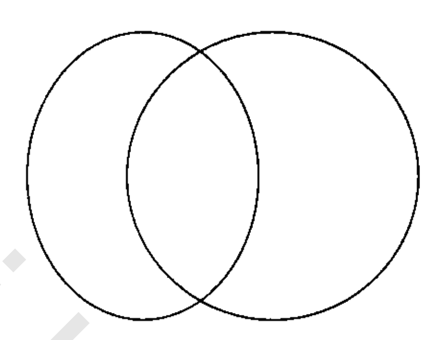
وفضلاً عن ذلك فإن بؤرة الزواج تتمحور حول تشكيل الأسرة في حين تتوظف الصداقة توظيفاً رئيسياً بين قطبين اثنين فقط. **ثم إن الزواج يفرض عبئاً على العلاقة بحيث أن السرية العاطفية تبدو جوهرية.**

ويُشاهد في كثير من الحالات العلاجية الزوجية أن الأزواج يعبرون عن الارتباك إزاء البُعد الذي وصلت إليه علاقتهما المتنامية. «نحن صديقان على أفضل وجه، نذهب معاً، ويكشف كل واحد إلى الآخر عن جميع مكنونات نفسه بلا رقابة ولا تحفظ، كما نتشارك في كل شيء...».

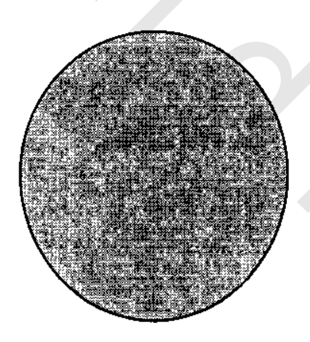
الواقع أن الزواج لا يتضمن إطلاقاً معنى التملك والملكية. إذ كثيراً ما يتبرم بعض الأزواج من الضيق الذي يحيط بهم بفعل المبالغة في الالتصاق المفرط (وبخاصة السرية العاطفية، وحرية التحرك الجسمي والسيكولوجي، والفردية) الأمور التي تكون منكدرة وغير مرتبطة ولا قائمة في العلاقة. وهنا فإن الأهداف الرئيسية في العلاج الزوجي هي **مساعدة الزوجين على الوصول إلى توازن متكافئ ومُرْضٍ بين الاستقلالية الذاتية والعيش المتصل المتلازم بين الزوجين.**
وكما سبق أن ذكرنا، فعندما نناقش هذه القضايا مع الزبائن، فإن الرسومات التالية البسيطة تكون مفيدة في توضيح نوعية العلاقة السائدة بين الزوجين.



إن هذا الرسم يظهر علاقة زوجية ضحلة سيئة حيث نجد فيها تلاصقاً وارتباطاً ضعيفاً أو أرضية مشتركة ضعيفة.

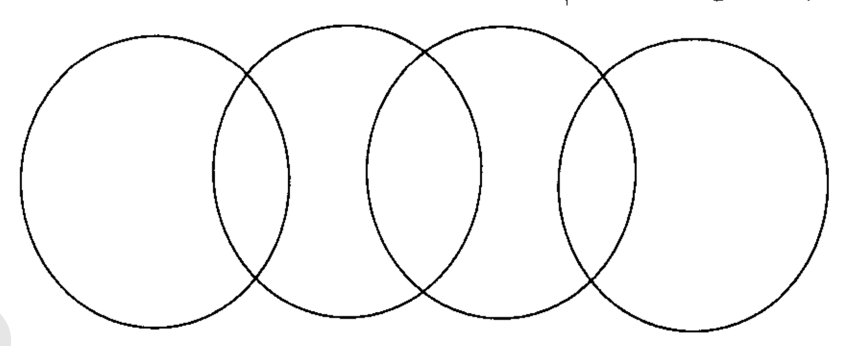


هذا الرسم يمثل زواجاً رائعاً. إذ هناك ٨٠٪ من التلاصق والترابط بين الزوجين إضافة إلى وجود رغبات فردية منفصلة تسمح للنمو الفردي والخصوصية الجوهرية.



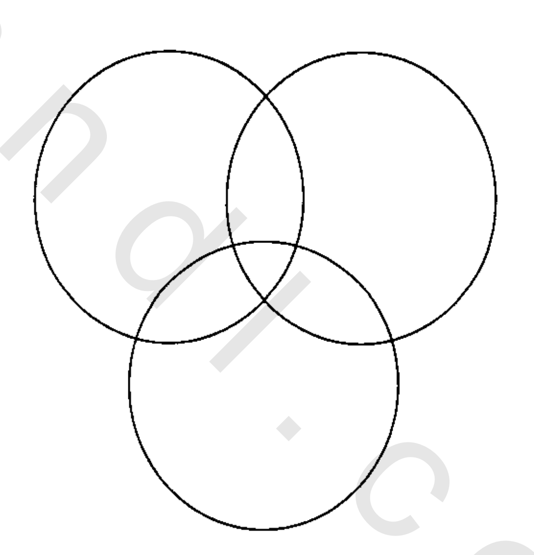
يمثل هذا الرسم المثالية الرومانسية حيث يندمج الزوجان اندماجاً كاملاً بحيث يصبحان شخصاً واحداً.

على المستوى العلمي قد يترتب عن مثل هذا التلاحم الكامل اختناق عاطفي يصيب الاثنين بسبب انعدام الرغبات الفردية .



في هذا الرسم يبدو الزواج جيداً مقبولاً

حيث كل فرد لديه مصالح واهتمامات مستقلة منفصلة عن الآخر أو علاقة لا تعيق الحياة الزوجية والوئام أو تهددها .



في هذه الصورة نجد أن أحد الزوجين له مصلحة أو علاقة والتي لا تشغل فقط جزءاً من منطقته ومجاله ولكن أيضاً **يتطفل ويتدخل في منطقة شؤون مناطق الآخر** .

بعيدا عن دلالات التوازن غير الصحي (الحرية المنقوصة غير الكافية أو

الاندماج أو الرفقة الزوجية الناقصة) الذي ينضح من استبيان القصة الحياتية فإن المقابلات الجامعة بين الزوجين، وبروفيلات الأنموذج، واستبيان الرضى الزوجي (الملحق رقم ٣) تزودنا بالفرص لمعاينة هذه العوامل. كل بند في هذا الاستبيان يتم مناقشته مع الزوجين. فالبنود المبينة في الاستبيان ذات الأرقام ١، ٢، ٣، ٤، ٨ هي متصلة مرتبطة في هذا القطاع من الاهتمام. وعندما يتضح أن الزوجين يفضلان أن يعيش كل واحد في «جيب» الآخر، حينئذ فإن المداخلة العلاجية المنطقية تكون عكس العشاء الموصوف الذي ذُكر بالنسبة للزوجين اللذين لا يخصصان الوقت الكافي ليكونا سوية.

وهنا من خلال التشجيع على تبني بعض الاهتمامات المستقلة عن الآخر، وممارسة الهوايات المنفصلة، كالرياضة أو النشاطات الأخرى بدون خلق المسافة أو البعد المهدد بينهما، فإن كثيراً من الأزواج الذين كانوا في حالة اختناق ضمن أجواء الزواج يتمكنون من كسر هذا الطوق والإسار من خلال هذه الاستقلالية في الاستمتاع بالهوايات والنشاطات الخاصة وحدهم.

ويجدر هنا أن نذكر بهذا السياق حالة امرأة أديبة وزوج عالم، تنامى الخلاف الزوجي بينهما وعصف في أجوائه الخصام مع كر السنين. إذ أمكن السيطرة على المناوشات والمشادات القائمة بينهما، ولكن النفور التحتي المكظوم استمر في تخريب العلاقة الزوجية، ومن خلال المعاينة الدقيقة لقصتهما اتضح أن الزوج كان يصرف معظم أوقات عمله خارج الدار التي يعتبرها فقط مكاناً للاسترخاء والنوم والتسلية (بعد أداء بعض الواجبات البيتية من خدمات وغيرها بالمشاركة مع زوجته)، في حين كانت زوجته بالمقابل تطالب أن تصرف لنفسها بعض الوقت في الكتابة المبدعة الأدبية. كان زوجها، ويشارك في ذلك ولداها المراهقان، يرفض طلبها. كانت الزوجة تقول: «كل ما أطلبه هو الاختلاء بنفسي للعمل الأدبي ليلة واحدة في الأسبوع بدون أن يقطع هذه الخلوة أي عمل منزلي أو مطلب زوجي».
اقترح عليها المعالج أن تستأجر غرفة واحدة لقاء يوم واحد في الأسبوع تكون فيها

منصرفة إلى أعمالها الفكرية الأدبية. إلا أنها فضلت أن تكون الخلوة في المكتبة العامة القريبة من دارها. وكان ما يمنعها ذلك شعورها بالإثم إذا ما تركت زوجها وولديها وحدهم في الدار تلك الليلة.

كان هذا القيد النفسي الذي فرضته على ذاتها بصورة غير ظاهرة يعزز من قبل زوجها.

عمد المعالج إلى إقناع الزوجين أن قضاء ليلة واحدة في الأسبوع لتعمل الزوجة في المكتبة هو أمر ضروري لا بد منه كيما يتم الحفاظ على التوافق الزوجي. وكان من شأن الأخذ بمشورة المعالج أن استقامت حياتهما الزوجية بتحسن ملحوظ في العلاقة وانقشاع ضباب الخصام والاستياء (نلاحظ هنا أن دور المعالج كمعطٍ للإذن أو السماح هو جوهري في كثير من جوانب العلاج النفسي).

في الزواج من السهولة بمكان أن يعتدي أحد الزوجين على القطاع العاطفي للزوج الآخر. فالإرشاد الزوجي غير التوجيهي حيث فيه يقوم المرشد بعكس مشاعر كل فرد منهما (أي الزوجين) من شأنه أن يمكّن الزوجين من تصويب الخطأ والدخول في حوار يقود إلى زواج ناجح.

الفصل التاسع

العلاج الجنسي المتعدد الأساليب

العلاج الجنسي كتخصص هو ظاهرة برزت في السبعينات ورئدا هذا العلاج هما ماسترز وجونسون في كتابهما الذي نشر في عام ١٩٧٠ بعنوان: «القصور الجنسي عند الإنسان». وقد تضمن هذا الكتاب لأول مرة الإلحاح على تفوق الإرشاد التوجيهي، والمختصر الذي يستهدف المشكلات الجنسية البؤرية من خلال العلاجات الاستبصارية. وقد زودنا هذان العالمان بالمعلومات المفصلة والأساليب السريرية (الإكلينيكية) الكافية الوافية عن فعالية العلاج الجنسي المباشر Direct sexual Therapy. الذي لاقى قبولاً واسع النطاق في ميدان علاج الاضطرابات الجنسية.

وفي هذا المنعطف بدأ العياديون (الإكلينيكيون) يكتشفون مشكلات في هذا التقرب العلاجي. فقد طالعنا العلامة ليف LIEF (١٩٨٠) بقوله: «بعيدا عن الدجالين العاملين في هذا الميدان، فإن المعالج الكفؤ يجب أن يستخدم التقربات العلاجية المختلفة حيث من بين هذه الأساليب والتقربات يستطيع أن ينتقي طرق المداخلات الملائمة للظروف الخاصة التي تُصادفه في موقف سريري معين».

هناك ثلاثة تصورات رئيسية نجدها في تقرب ماسترز وجونسون وهي التالية:

١- الجمود الذي لا حاجة إليه. فماسترز وجونسون يلحان على معالجة الزوجين، مع زمرة علاج مؤلفة من ذكور وإناث.

وقد دلت الخبرات الإكلينيكية في هذا الخصوص على أن الزوجين أحياناً يؤديان وظيفة أفضل إذا ما تم علاجهما من قبل معالج واحد، كما أن بعض الزبائن يظهرون تحسناً سريرياً أفضل عندما يتم مشاهدتهم منفردين، أي في علاج فردي.

٢- لقد أعطى جونسون وماسترز اهتماماً قليلاً للأسلوب التخيلي في علاج الاضطراب الجنسي. وبينما نجد أنهما أعطيا اهتماماً كبيراً للعوامل الحسية

والبيولوجية، وأيضاً اهتماماً بالعمليات البيشخصية، والعاطفية، والسلوكية، فإنهما قصّرا في الكشف عن تخيلات وتصورات المرضى (الزبائن) التي غالباً ما تكون مهمة في العلاج.

٣- إن تقييد الزمن في أسلوبيهما قاد إلى إهمال تنفيذ الأداءات المطلوبة المفروضة على المتعالجين. إذ أن كثيراً من المتعالجين الذين فشلوا في الاستجابة إلى الوقت المحدد للعلاج الجنسي، أفادوا أن المعالجين رغم إلحاحهم على العمليات الاسترخائية، والتي ليس فيها مطلب الأداء الجنسي، إلا أن إدراكهم بتحديد مدة أسبوعين من الزمن كي يظهروا تحسناً في أدائهم الجنسي؛ هذا التحديد والإلزام بوقت محدد وضعهما في موقف التهديد الظرفي الذي غالباً ما يهدم العلاج[1].

وكما ذكرنا في هذا الكتاب، يطرح العلاج المتعدد الأوجه التالي:

أ - ما هي المشكلات النوعية والمتداخلة فيما بينهما؟

ب - من أولئك الذين يخلّدون هذه المشكلات ويعطونها الدفع في الاستمرارية أو ما هي الأمور التي تبقيها؟

جـ - ما هو الطريق الأفضل عند كل فرد لعلاج هذه المشكلات؟

هذه الأسئلة نفسها تُطرح في كل التوجهات العلاجية المتعددة الأبعاد، إلا أن التقرب المتعدد الأوجه يقدم التركيب المنهجي الذي يضمن الشمولية، إضافة إلى التزويد بالأساليب النوعية للتعرف على ردود الفعل الخاصة.

غالباً ما تكون المشكلات الجنسية جزءاً من طيف واسع من اضطراب الوظيفة. فالزوجان اللذان يلتمسان العلاج الجنسي غالباً ما يعصف في أجواء حياتهم الخصام الزوجي. فالوتيرة العالية من العداوة، والألفة الضعيفة ترشحان الزوجين للعلاج الزوجي وليس للعلاج الجنسي.

وإذا اتضح أن أحد الزوجين ذهاني Psychotic، فلا طائل إطلاقاً من

---

(١) للمزيد من المعلومات النقدية لأساليب ماسترز وجونسون يمكن للقارئ الرجوع إلى مقال إيفانز (١٩٨٠) بعنوان القصور عند ماسترز وجونسون مجلة علم النفس اليوم ١٩٨٠ - ١٤، ٢٩ -٤٣.

الاستمرار في العلاج الجنسي ما لم تتحسن المشكلات الذهانية الواضحة الطاغية عن طريق المعالجة الدوائية، أو بأي مداخلات علاجية أخرى.

وفي الحالات **التي تكون فيها شذوذات نفسية عند الفرد، فإن العلاج الجنسي يصبح مسرحية هزلية إذا لم يتم التعامل مع المرض النفسي أولاً**.

وفي كثير من الحالات نجد أن زوجين أو أحداً منهما ينخرط في العلاج الجنسي بمشكلات مخفية لا يستطيع الفرد أن يفعل شيئاً للحصول على الانسجام الجنسي. فمثلاً استشار زوجان معالجاً بشكوى أن الزوجة لا تصل إلى الإيغاف الجنسي (بلوغ ذروة الكفاية الجنسية) بينما الزوج يفشل في الوصول إلى الانتعاظ (انتصاب القضيب). واتضح للمعالج أن الزوجة تصل إلى الإيغاف عند اتصالها الجنسي بمحبوبها، والتمست العلاج لمساعدة زوجها على التخلص من مشاعر الإثم إزاء فشله الجنسي. هنا أوصى المعالج بالطلاق حيث يمكن للزوج إذا أراد الاستمرار في المعالجة أن يشاهد المعالج بمفرده (غالباً ما نرى أن الطلاق في هذه الحالة وزواج الرجل مرة أخرى من امرأة أخرى لا يجد صعوبة في الانتصاب).

وكما ذكرنا في الفصل التاسع، هناك بعض الاضطرابات الجنسية التي لا تحتاج إلى الاستعانة بالعلاج المتعدد الأوجه. فأينما يكون هناك دفق مبكر Premature ejaculation **يكون سببه التوتر النفسي وعتبة منخفضة من الإثارة**، فإن العلاج يكون **بالتدريب على الاسترخاء لكلا الزوجين إضافة إلى التدريب على رفع عتبة الدفق المباشر للزوج** (سيمانس ١٩٥٦) يكونان كافيين في أغلب الحالات.

أما في حالات اضطراب سوء وظيفي انتصابي للقضيب، فإن العلاج يكون بمساعدة الزوج أو الرجل على إطفاء دور المراقب لحالته وذلك من خلال الاسترخاء **وعدم فرض مطلب الإنجاز الجنسي، وتجنب مطالب الأداء الجنسي الآني من قبل الطرفين**.

ولنعلم أن كثيراً من النسوة اللاتي يجدن مشقة كبيرة في الوصول إلى الإيغاف (بلوغ ذروة الجماع الجنسي أو الرعشة الجنسية) عليهن التدرب على الإثارة الذاتية

الجنسية Self - stimulation (لوبيتز ١٩٧٢). هناك حالات أخرى قد تحتاج إلى طيف أوسع من الطرق العلاجية.

ويطالعنا الدكتور لازاروس في هذا السياق (لازاروس ١٩٦٥) لحالة عالجها عند رجل يشكو من عدم كفاية في قدرته الجنسية يستوجب العلاج بالطرق: إعادة تركيب البنية المعرفية، وتأكيد الذات، وإعادة الإشراط الاستمنائي Masturbatory، إضافة إلى أسلوب إزالة التحسس desensitization التخيلي الطابع بأربعة سلالم هرمية مختلفة[1].

ومن محاسن التقييم المتعدد الأوجه أنه يميز على التو بين المشكلات البؤرية الأساسية والمتلازمات المنتشرة (الاضطرابات). وسنأتي على ذكر الأساليب التي تكشف المشكلة المتعددة المتشعبة الجوانب في هذا الفصل فيما بعد والتي تمكن المعالج من الوصول إلى قرار متى يتعامل مع المشكلات الجنسية النوعية، أو المصحوبة بعوامل القلق ومشاعر الإثم، وطبيعة العلاقة، وأيضاً بالعناصر الأكثر تنكرية مثل مشاعر الضعف الشخصي، والحق بالمسرة.

١ - معنى الألفة الجنسية

يرتبط «الدافع الجنسي» وتعبيراته «بدافع الجوع» وبتشعباته. ورغم وجود بعض الفروق الواضحة بين الدافعين، فإن هاتين الشهوتين الأساسيتين تُثاران وتُنبهان بعمليات فيزيولوجية مركزية ومحيطية عصبية معقدة. وكلا الدافعين يُظهران فروقاً فردية بين الناس في التذوق والإغراء والفتنة والتي بدورها هي وظيفة لخبرة سابقة وإشراط ثقافي حضاري.

على المستوى الفيزيولوجي، إن الالتهام السريع لوجبة سيئة الطبخ تؤدي نفس الأهداف الفيزيولوجية لوجبة يعدها خبير في الطعام والطهي تصدر عن مطبخ يطبخ وجبات طعام فاخرة لذيذة. ففي المسائل المتعلقة بالجوع والجنس، فإن

(١) راجع كتاب: فن العلاج في الطب النفسي السلوكي تأليف الدكتور محمد حجار إصدار دار العلم للملايين، بيروت، لمزيد من المعلومات عن هذه التقنية العلاجية.

الاستمرارية فيهما تمتد من الشره القهري إلى القِمْه العصبية anorexia (فقدان الشهية). وبنفس الطريقة حيث الطعام يؤكل لعدة غايات وأسباب وليس بفعل الجوع أو بهدف التغذية الجيدة، فإن الرغبة الجنسية تلبي الكثير من الحاجات وليس فقط للنسل أو لإشباع تلك الرغبة.

إن الحوار في هذا السياق يمتد إلى أكثر من ذلك. فالفرد الذي يرفض أن يأكل في أي مكان إلا إذا كان المطعم على مستوى أربعة نجوم، أو ذلك الفرد الذي لا يأكل سوى البطاطا واللحم فقط، هذان الشخصان يظهران الجمود وضيق الرؤية اللذين يحدان من إيجاد البدائل وقد يخربان صحتهما البدنية.

أما النسوة والرجال الأكثر مرونة فإنهم يستمتعون بطيف واسع من الخيارات والبدائل، إذ في مقدورهم أن يتذوقوا نوعية من وجبة طعام جيدة الإعداد في بعض المناسبات، وفي مناسبات أخرى يتناولون طعامهم في مقصف يبيع فطيرة البيتزا في الحي. ثم إن الناس الذين يختارون الطعام المتوازن والمتنوع هم أقل احتمالاً لتناول عناصر غذائية المهمة (الفيتامينات، والمعادن، والبروتينات وإلى ما هنالك...) من أولئك الذين تعودوا على تناول أطعمة محددة الغذاء، والأمر نفسه في موضوع الجنس. فالإلحاح على ألفة ممتدة تحت شروط مثالية، أو الالتزام كلياً بممارسة جنسية وعلى نمط واحد وبوضعية واحدة، هاتان الحالتان تسببان مشكلات. ثم إن تكرار ممارسة الجماع الجنسي قد يتقلص عند فرد يطلب خلوة مطولة، وضياء خافتاً، وموسيقا ناعمة، وفراشاً وثيرا. فالمرونة تتضمن القدرة على الاستمتاع (بجماع جنسي من نوع أربع نجوم) في بعض الأحيان، وجماع آخر متواضع على (مستوى قيمة فطيرة بيتزا) في أحيان أخرى.

ثم إن الاتصال الجنسي السار لا يتضمن دوماً الوصول إلى الإيغاف ودفق المني عند الطرفين الشريكين، ولا تكون الإثارة المهبلية - القضيبية ضرورية دوماً. فالزوجان المرنان يتصلان جنسياً حسب طبيعة الظروف التي تصادفهما.

على المستوى البيولوجي لا تكون العملية الجنسية عاطفية بالضرورة وجوهرية. فالإرث الاجتماعي والسيكولوجي يقودانا إلى توظيف العلاقات

الجنسية في القيم والمعاني المختلفة. فهذه المواقف تعيق أو تسهل الآليات الفيزيولوجية التي من شأنها أن تضاف إلى الأداء والإثارة الجنسية. فالحب، والجنس كانا متلازمين مترابطين وما زالا على ذلك في مجتمعاتنا المعاصرة، وبخاصة الغربية، بحيث أن تعبير «صنع الحب» هو مرادف للجماع الجنسي، إن هذا ما يُصبغ الاتصال الجنسي بالتوقعات أو بالشروط المسبقة العاطفية.

يُعد الجنس عند العلّامة لازاروس مواكب لمعنى الحب، والثقة والصحة، والحنان، والدفء، والفهم، والاهتمام العميق، والاحترام والعناية والرعاية. ولا حياء هنا في القول أن الذي يُظهر كل هذه الصفات جدير أن يترشح للاتصال الجنسي معه على مستوى العلاقة الجنسية السوية طبعاً (الرجل مع المرأة).

إن الاتصال الجنسي الزوجي هو مسألة محبة وعاطفة. وكثيراً ما نسمع من الزوجات المقولة التالية: «قبل أن أدع زوجي يلبي رغبته الجنسية معي عليّ أولاً أن أتأكد أنه يرغبني وليس فقط يرغب في جسدي». وهذا ما نسميه (بمفارقات الرغبة).

كثيراً ما نرى في العلاقات الجنسية أن الجنس يُستخدم كسلاح من قبل الزوجة. وكوسيلة للتأثير الضابط المسيطر، وأداة للتعذيب، وكعلامة وإشارة للحب والمحبة، وأيضاً لتحرير الطاقة الفيزيولوجية.

قد تعني الألفة الجنسية بالنسبة لشخص: (أنا في حالة جيدة، أنا مرغوب، أنا محبوب). ونفس المقولة نجدها عند الزوجة. وقد تعني الألفة الجنسية بالنسبة لزوج آخر (أو زوجة): (أنا مقتدر، أنا في موقف السيطرة، أنا منتصر وظافر).

على مستوى العلاج الزوجي الإكلينيكي تطالعنا كثير من الدراسات والحالات المعالجة أن كثيراً من الأفراد الذين يعانون من سوء الوظيفة الجنسية وقصورها، والذين فشلوا في الاستجابة للعلاج السلوكي والعلاج الجنسي إنما سبب هذا الفشل هو تخيلاتهم وتصوراتهم الجنسية كانت غير مسبورة سبراً كافياً وغير مفهومة. فعندما تصدر المشكلة الجنسية عن مشاعر الإثم وغيرها من الرواسب التي ولدها الإرث الأسري التربوي الاجتماعي الديني، حينئذ يمكن تصحيح هذه المشاعر

بالعلاج الديني وفلسفة الخطيئة، والعلاج المعرف ـ السلوكي.

وفي هذا المثال إيضاح لما ذهبت إليه، راجعني شاب (الكلام للمترجم) عمره ٢٩ سنة، يمارس (العادة السرية) ممارسة منتظمة ولكن يفشل في إحداث الانتصاب (الانتعاظ) عند أية مقابلة جنسية مع فتاة. راجع العديد من الأطباء النفسيين والاختصاصين في الاضطرابات الجنسية في دمشق بدون طائل. لم يكن لديه أية اضطرابات هرمونية ولا فيزيولوجية، ولا حوادث نفسية رضية جنسية، كما لا يوجد لديه ربح ثانوي من وراء هذه العنة الجنسية. تعامل جنسياً مع فتاة عندما كان عمره ٢١ سنة، ولقد أوصلها إلى الإيغاف باللعب الجنسي ولكن لم يستطع أن يحصل على الانتصاب والإيلاج.

بعد إجراء تحليل سلوكي ومعرفي عميق اتضح لي أنه يحمل بعض الأفكار الخرافية والخاطئة عن الاقتدار الجنسي والأداء الجنسي عند الرجل، نصحته أولاً أن يقرأ كتاباً عن الجنسية عند الرجل حددته له وذلك بهدف التثقف الجنسي. ومن ثم وبعد تحديد البروفيل المتعدد الأوجه، اتضح لي أن أفضل تقنيات تلائم حالته هي: تدريبه على الاسترخاء، ومعاينة قلق الأداء الجنسي، ومناهضة الأفكار الخاطئة عن القدرة الجنسية أو ما نسميه الرجولة الجنسية، إضافة إلى إعطائه تدريبات تركيز الإحساسات، وتعليمات عن التدريب الثنائي للقاءات جنسية مع الشريك الآخر، وسبر مشاعر الإثم وبتبديل مفاهيمه عن الخطيئة.

مع ذلك، فإن جميع هذه الطرق لم تحسن حالته. ولم تكن هناك حاجة إلى إحالته لطبيب لدراسة هرموناته الجنسية لأنه أولاً يستيقظ من النوم وهو في حالة انتعاظ وثانياً يحصل على انتصاب كامل خلال ممارسته الاستمناء (العادة السرية). وفطنت أنه يجب سبر تخيلاته وتصوراته سبراً عميقاً. اتضح لي من تساؤلاتي عن التخيلات التي تطوف في ذهنه خلال ممارسته الاستمناء فكانت مع الجنس الآخر تتجسد في امرأة يعرفها جيداً.

وهنا توغلت بعمق في سبر هذه التخيلات وسيرها ومحتواها من خلال مناقشة

حوارية (لا داعي إلى سردها بالتفصيل). وبعدها طبقت الأنموذج التخيلي الأمر الذي عزز لدي الاعتقاد الافتراضي أن الجنس عنده غير مرتبط بقلق الأداء، أو بمشاعر الإثم، أو بدافع الإنجاز أو بالرجولة الجنسية. كان الجنس مرتبطاً **عنده بتلقي الرعاية والاهتمام** تتمثل المرأة عنده في اتصاله معها بالحماية والرعاية ومنح العطف والعناية الأمومية. **إن إمعانه في قرن هذه التخيلات مع الاستنماء الجنسي** وتلك الصور لأنموذج المرأة التي يرغب الاتصال بها جنسياً، وحصراً بهذا النوع من الاتصال الجنسي الذي تشوبه عناية الأمومة، نقول مثل هذا التصرف **عزز** لديه هذه الخصائص لتلك التخيلات بحيث أخذت تلعب هذه التخيلات المعززة **كمنبهات متميزة هي التي تثير عنده استجابة الانتعاظ حصراً الإشراطية والإثارة الجنسية**.

كان يبدي امتعاضه وكراهيته لامرأة كبيرة نسبياً في السن. ولكن فتاة بعمر ٢١ سنة تثير عنده قليلاً من الإثارة الجنسية الداخلية المنشأ INTRINSIC. إنه ينتعظ ويُثار جنسياً لفتاة تشبه الفتاة التي يتخيلها عندما يباشر الاستنماء. وهنا تم العثور على لغز مشكلته الجنسية، ووضعت يدي على أسباب عِنَّة الجنسية وعدم قدرته على القيام بأداء جنسي.

يتضح لنا كيف أن المشكلة تكمن متخفية تحت عود قش. ولولا سبر تخيلاته لما أمكن معرفة أسباب مشكلة انتصابه وفشله الجنسي مع الفتيات.

فالإثارة الجنسية عنده كانت، كما وجدنا **مقترنة إشراطياً بصورة وتخيل نوع معين من النسوة** ينجزن بالنسبة إليه وظائف خاصة.

إن الكيميائية الجنسية، الصحيحة، إن صح هذا التعبير، عنده هي النسوة اللاتي يذكرنه بمربيته عندما كان طفلاً، أو بصديقة والدته أو بنت عمه، أو بخالته. إنه في مقدوره أن يخلق إطاراً لإثارته الجنسية متطابقة أكثر فأكثر مع المرأة الحقيقية التي كان ينخرط معها. ولا مراء، فنحن جميعاً كبشر مطبوعين بأثر الإشراطات الباكرة في حياتنا الطفولية بالنسبة لإثارتنا الجنسية والتفضيلات الفردية. **فهؤلاء الأفراد الذين تعلموا الاعتماد والارتباط على تخيلات غير عادية**

ومقصورة على فئة قليلة في إثاراتهم الجنسية سيجدون صعوبة في استعاضة هذه التخيلات باتصالات جنسية حياتية واقعية. وتلك هي تماماً قصة الشاب الذي كان من بين عداد من عالجتهم وذكرت قصته، وقد تم معالجته بعثوره على امرأة تذكره بابنة عمه... وسار الشوط العلاجي بنقل التخيلات إلى الواقع حيث كان الأمر صعباً للغاية في بداية الأمر.

٢ - القصور الجنسي من المنظور المتعدد الأوجه

على المستوى الفيزيولوجي تعد الدوافع الجنسية: دافع Drive، (غريزة) INSTINCT أو (حاجة) need إلا أن الشبكة المعقدة الاجتماعية، والثقافية للقيم، والمواقف، والمحرمات Taboos التي تحيط بالاتصال الجنسي تعطي الأسبقية في العلاج للعملية الاجتماعية والنفسية. إن القصور الجنسي كغيره من المهارات، هو نتاج التعلم. تبرز المشكلات على جميع مستويات وظيفته الشخصية.

أ - السلوك: إن زيادة اتساع المهارات الجنسية والتقنيات غالباً ما تثري الأداء الجنسي والمتعة الجنسية، فالتقبيل، والملاطفة، والعناق، والربت، والمساجات الجسدية، وغيرها من الطرق التي تثير الفرد جنسياً هي استجابات متعلمة. ومن خلال تعليم الزوجين (أو العاشقين) أن يكونا صريحين في التعبير عما يثير استجاباتهما الجنسية، وتفضيلاتهما في سلوكيات الإثارة المرغوبة من الطرف الآخر، وأن تتوافر لديهما الرغبة في أن يتلقيا التعليم ويعطياه بهذا الخصوص، فإن (الأخطاء) التي هي مصدر عدم التوافق الجنسي تصبح قابلة للتصحيح، وأن المتعة الجنسية يمكن الوصول إلى أقصى ذروتها وقمتها.

ب - العاطفة: أية (عاطفة سلبية) مهما كانت درجتها ونوعها تقوّض وتدمّر الأداء الجنسي ومتعته. ونعني بالعاطفة السلبية بالقلق، والكرب ومشاعر الإثم، والنفور والاستياء وإلى ما هنالك... قلق الأداء هو الأكثر شيوعاً (أي الأداء الجنسي)، كما وأن بعض التعليم الديني يخلق مشاعر الإثم التي لا مبرر لها وأيضاً الهواجس الجنسية. كذلك لا ننسى أن الحوادث الرضية (مثل الاغتصاب

والعقوبات الوالدية، أو الاتصال الجنسي الجبري بالمحرمات) جميعها تخلد وتعمق الانتكاسات العاطفية.

ج - الإحساس: ترتبط المسرة الجنسية ارتباطاً مباشراً بالوظيفة الحسية وبشكل خاص الطيف الواسع للإثارات الجنسية التي يتعلمها الفرد ويحسن استخدامها. إن الطرق الكثيرة لإثارة المناطق المثيرة للشهوة الجنسية هي جزء من العمل السلوكي التكراري لأي محب فعال مقتدر.

فالاضطرابات الحسية أو الآلام والانزعاج تستدعي في بعض الأوقات تقرباً علاجياً واسع الطيف (مثلاً الجماع المؤلم عند المرأة بسبب تشنج المهبل).

د - التخيل: تزيد التخيلات من الأداء الجنسي وما يرافقه من متعة ومسرة. هناك كتب كثيرة تطرقت إلى دور التخيل الجنسي في إغناء وإثراء المتعة الجنسية عند الجنسين. ومن الخطأ، وهذا من أوهام مشاعر الإثم، أن يعتقد المرء (امرأة أو رجل) أن التخيلات الجنسية يجب إبعادها عن الذهن خلال الاتصال الجنسي، ومهما كان نوعها، وهي تستحق أن يلوم الإنسان نفسه على السماح لتلك التخيلات الجنسية أن تطوف في ذهنه (أو في ذهنها).

ر- الأفكار: إن أكبر المسرات والمشكلات أيضاً في الاتصال الجنسي تكون مقترنة بالمواقف التي اكتسبها الأفراد. فقد ألح العلّامة ألبرت أليس (١٩٧٢) إلحاحاً كبيراً على دور الأحاديث مع الذات والأفكار ذات الطابع الجبري المفروضة على الذات مثل التعابير: يجب، ولا بد، ويتعين، ومن الواجب (أي المطالب المفروضة على الذات) التي تؤدي بذاتها إلى تدمير المتعة الجنسية والأداء الجنسي معاً. أي الفرد الذي يفرض على ذاته أن يؤدي جماعاً جنسياً آنياً وبظروف غير مواتية: (يجب أن أفض بكارة زوجتي في هذه الليلة وإلاّ فإني أبرهن على ضعف رجولتي) إن هذا الإكراه والجبر يؤديان في كثير من الأحيان إلى قلق الأداء الجنسي والخوف من عدم القدرة على الانتصاب والإيلاج، وهذه حال كثير من الأزواج الذين يفشلون في فض بكارات الزوجات ليلة الزفاف، فيصابون بالعنة الجنسية

الناجمة عن هذا النوع من التفكير الجبري الإلزامي .

إن تصحيح الأفكار الخاطئة والخرافات، إضافة إلى الاستبصارات البعيدة عن المفاهيم الأخلاقية تبدو في كثير من الأحيان جوهرية للإنجاز الجنسي الناجح .

ز - العلاقات البيشخصية : قد يصبح الجنس مصدر صراع وخصام وليس مصدر تعبير عن ألفة ومحبة وإثارة، ورعاية، أو نشوة روحية متصاعدة . وكثيراً ما نشاهد أن المشكلات الجنسية تصدر عن اتصال جنسي مع شريك غير ملائم (وبخاصة عند النسوة اللاتي يعانين من جماع جنسي مؤلم نفسي المنشأ) .

س : الأدوية : إن تناول أدوية مختلفة قد يسهل المتعة والأداء الجنسيين أو يعيقهما . إن بعض المهدئات، والقليل من الكحول قد يزيدان الإثارة الجنسية لتأثيراتهما الإيحائية (بلاسيبو Placebo) - ونغروف ١٩٧١، إلا أن المقادير العالية من تلك المواد **تثبط الأداء الجنسي** .

قد يكون منشأ الاضطراب الجنسي (ضعف الانتصاب أو انعدامه) بسبب آفات عضوية مثل الرض الجراحي، والاضطرابات الهرمونية (فرط هرمون البرولاكتين، أو مستويات منخفضة من الأندروجينات عند الرجل) والإصابة بالأخماج Infections .

إن الفحوص النسائية والبولية، وغيرها من الاختبارات الطبية هي التي تقرر فيما إذا كان هناك اضطراب عضوي أم نفسي المنشأ في المشكلات الجنسية عند الرجل والمرأة .

من خلال معاينة الصيغة BASIC ID يستطيع المعالج أن يعرف مدى المشكلات التي تبرزها بروفيلات النماذج . وفي أغلب الأحيان إن إنجاز استبيان القصة الحياتية سيكشف فيما إذا كان إعادة التدريب الجنسي النوعي أو أن المزيد من العلاج هما أمران مطلوبان .

رجل كان يطرح مشكلته على أساس أنه يعاني من (دفق مَني مبكر) حسبما كشفه استبيان القصة الحياتية . ومن تحليل الأنموذج للمشكلات الحالية القائمة

اتضح التالي: تناول الأدوية المخدرة، سلوك شاذ غريب، معاقرة الكحول بكثرة، محاولات انتحار، سلوك عدواني، انفجارات عاطفية، غاضب، يعيش صراعات نفسية، غير سعيد.

إن هذه العوامل قد ترتبط بمشكلاته الجنسية وقد لا ترتبط، إلا أن أي معالج يشعر بالمسؤولية يركز على مشكلته الجنسية وبالوقت نفسه يدير ظهره ويتجاهل المشكلات الأخرى التي ذكرناها.

لا يوجد هناك شيء خفي أو واضح حيال إقرار متى يتم التعامل مع المشكلات الجنسية النوعية، ومتى يتم الالتفات إلى المشكلات الأخرى.

فالمقابلة الأولية، واستبيان القصة الحياتية غالباً ما يدلان فيما إذا كانت المشكلات المتحالفة موجودة، وإلى أي مدى تزيد من سوء الشكاوي الأولية.

وكما ذكرنا سابقاً، فقد وجدنا أن استخدام التخيل يكون مفيداً ومُعيناً عندما تبرز مواقف غامضة محيّرة. إن أحد الأسئلة المهمة الممكن أن يطرحها المعالج عندما يستخدم تقنية التخيل الجنسي هي فيما إذا كان المتعالج في مقدوره تخيل الهدف المطلوب المرغوب (مثلاً هل في مقدور الرجال الذين يشكون من ضعف الانتعاظ (انتصاب القضيب) أن يشكلوا صورة عن ذواتهم وهم في حالة انتصاب القضيب والإبقاء على هذا الانتصاب خلال الجماع الجنسي؟. وهل في مقدور النسوة اللاتي يشكين من البرود الجنسي يتصورن ذواتهن يصلن إلى الإيغاف؟). فإذا جاء الجواب بالنفي فإن الهدف المرجو من الصعب بلوغه. فالأفراد الذين يُفيدون أن في مقدورهم تخيل النتاج المرغوب رغم أنهم لم يسبق أن خبروه عملياً، من السهل التعامل مع مشكلاتهم بفعل امتلاكهم للقدرة التخيلية. فتخيل الموقف المطلوب قبل إنجازه عملياً هو أمر مهم في التعامل علاجياً مع الاضطراب الجنسي.

ويسهل علينا الأمر الدكتور لازاروس بطريقته القائمة التي يطلب بموجبها من زبائنه تحليل الأهداف العامة إلى شرائح، ومن ثم تخيلها، وإنجاز كل خطوة متقدمة.

فمثلاً إن الرجل الذي يشكو من فشل في الانتعاظ يمكن أن يتخيل التتابع التالي :

أ – هو مسترخٍ ومع ذلك لا يحدث له أي انتعاظ (انتصاب القضيب) خلال مداعبة لشريكته.

ب – الشعور بالإحساس السار في العضو التناسلي عندما تعمد شريكته التي يضاجعها إلى إثارة قضيبه المرخي غير المنتصب.

ج – في نهاية الأمر أصبح القضيب نصف منتصب للحظات.

د – الاحتفاظ بالانتصاب لمدة أطول بقليل من ذي قبل.

ر – فقدان الانتصاب عندما هَمَّ ليأخذ الوضعية الجماعية، ولكنه كان هادئاً وغير منزعج.

ز – الحصول على الانتصاب والإبقاء عليه لفترات أطول وأطول.

إن التحول من التخيل إلى الممارسة الفعلية الجنسية لا يكون عادة بصورة آلية. إذ هناك ما يبرهن على أن الاستخدام الإرادي للتخيل الذهني يسّهل عملية تعميم الموقف الجنسي (Singer 1974). ولنا القصة العلاجية التالية كمثال:

طلب معالج من امرأة متزوجة عمرها ٢٩ سنة تخيل مجاهدتها للوصول إلى الإيغاف (بلوغ ذروة اللذة الجنسية) لم يسبق لها إطلاقاً أن تمتعت بلذة الانتهاء الجنسي. أبدت انزعاجها من ذلك، ولكن المعالج ألحَّ عليها تخيل ذاتها وهي تصل إلى الإيغاف.

سألها المعالج: (ماذا يحدث عندما تحاولين تخيل المنظر الذي أطلبه منك؟. أخذت تتململ وتتأفف بكونها غير متأهبة ومؤهلة للذة الجنسية. وفي متابعته للأسباب التحتية اتضح للمعالج أنها تعتنق المذهب الكالفيني الذي يؤكد على شرور اللذة، ويطلب من أصحاب هذا المذهب أن السعادة الحقيقية تكتسب بالأعمال العظيمة.

تنتسب هذه المرأة إلى حلقة دينية تقدس هذه التعاليم الكالفينية ولم تكن سعيدة لانفصالها عن هذه الحلقة تحت وطأة إلحاح زوجها (سبق لهذه المرأة أن

راجعت معالجاً لم يسبر هذا المعتقد عند هذه المرأة فالتفت إلى علاجها بتطبيق الإثارة الجنسية الذاتية، والاستراتيجيات العلاجية على تبادل اللذة الثنائية).

وفي هذا السياق أذكر (مترجم هذا الكتاب) القصة التي عالجتها والتي تتلخص بالتالي:

راجعني شاب متزوج يسكن في ناحية من ريف دمشق، يشكو من عبء الاتصال الجنسي مع زوجته. يمارسه تحت وطأة الوظيفة الزوجية ويتمنى ألا تُطلب منه هذه الوظيفة. فهو لا يشعر بالشهوة الجنسية إطلاقاً مهما طالت مدة ابتعاده عن مضاجعة زوجته. وهذه المشكلة تسبب له الخصومات التحتية مع زوجته الذكية التي سعت بكل ما في وسعها لأن تهيئ له الأجواء الهادئة، واللباس المغري الجنسي خلال يوم المجامعة الجنسية.

من دراسة قصته لم يتضح لي وجود أي رض نفسي جنسي تعرض له خلال مراهقته. وهذه المشكلة برزت فقط له بعد أن أنهى خدمة العلم العسكرية وتزوج.

صارحني أن زوجته خلال الجماع الجنسي تبدي تعاوناً كبيراً لإثارته جنسياً وأنها تكسر معه كل القيود الجنسية لتوفر له كل الأسباب المريحة له.

من التدقيق في قصته الجنسية قبل تعرضه لهذه المشكلة، كشف عن أنه كان يتعاطى الاستمناء قبل زواجه ويتخيل امرأة صديقه خلال هذه العملية. وعند تزوجه، وجد أن مشاعر الإثم تأخذ طريقها إلى نفسه إذا ما تخيل زوجة صديقه خلال جماعه الجنسي مع زوجته، وهذا ما جعله يشعر بنفور من العملية الجنسية كلها.

كانت الخطة العلاجية على الصورة التالية بهدف استعادة شهوته الجنسية:

أ - أن يجلس مسترخياً ويتخيل فيلماً جنسياً شاهده بمفرده، ويسعى أن يمارس الاستمناء عندما تبرز في مخيلته صورة جنسية أثارته وهو يشاهد هذا الفيلم.

ب - يكرر هذه العملية سبع مرات حسب قدرته وراحته في جلسات استمنائية.

ج - عندما يضاجع زوجته عليه أن يستحضر في ذهنه تلك الصورة الجنسية المثيرة ويمارس الجماع وهو في الحالة الذهنية المثيرة.

د - في كل مرة ينفرد بنفسه ويتخيل المواقف الجنسية التي تثيره، يبادر إلى طلب زوجته وجماعها جنسياً.

ر - أن يكثر من هذه التدريبات التخيلية وفق خطة متصاعدة في عدد المرات وذلك لرفع وتيرة اتصالاته الجنسية مع زوجته.

ز - أن يصارح زوجته بهذه التعليمات وتساعده على الإنجاز الجنسي (نظراً لأن الزوجة منفتحة جداً عقلياً على الثقافة الجنسية والثقة موجودة بينه وبينها، وهي تحبه ويحبها وترغب بأية وسيلة أن تزيل هذا التثبيط الجنسي الذي يعانيه ، طلبت منه أن يكاشفها بهذه التدريبات فقبلتها وساعدته في ذلك).

لقد حقق المتعالج تقدماً غير منتظر في إقباله على زوجته وزيادة شهوته الجنسية. وبعدما كان يجامعها مرة واحدة كل ١٥ يوماً أصبح بعد معالجة دامت ١٣ جلسة يجامعها ثلاث مرات في الأسبوع. ودامت المتابعة العلاجية بمعدل مشاهدة مرة واحدة كل ثلاثة أشهر ولمدة سنتين، لم يخسر الفائدة العلاجية ولم تتضاءل خلال تلك الفترة من المتابعة.

نلاحظ في هذه الحالة العلاجية دور التخيل في زيادة (الليبدو) أولاً من خلال استخدام الأفلام الجنسية الانتقائية كوسيلة لتحريض الشهوة الجنسية، وكيف أمكن استغلال الصور البديلة عن زوجة صديقه لتكون موضع إثارة، ونقل الإثارة الجنسية إلى زوجته لتكون في نهاية المطاف الصورة الحقيقية للممارسة الجنسية الفعلية (تعميم الموقف الجنسي).

كما نلاحظ أنه في العلاج الجنسي لا نتردد أبداً باستخدام الأفلام الجنسية كوسيلة علاجية. كما يمكن أن نوصي أحياناً باستخدام القضيب الصنعي عند امرأة تعاني من ضعف في الإثارة المهبلية، والقموع المختلفة المقاييس في حالة الجماع المؤلم لإزالة تشنج المهبل النفسي المنشأ الناجم إما عن جماع جنسي رضي مؤلم

أحدث إشراطاً تخوفياً من الجماع، أو من مخاوف معرفية ناجمة عن الخوف من خوف الإيلاج والألم.

إن معظم تقنيات العلاج النفسي تقوم على العلاج السلوكي والمعرفي كما رأينا. وأن طرق ماسترز وجونسون ذاتها قائمة على إزالة التحسس أو تأكيد الذات وهي طرق علاجية سلوكية بحتة.

ومهما يكن من أمر، لا توجد هناك صيغة نوعية للتغلب على المشكلات الجنسية بشموليتها: أي ضعف الإثارة، وسوء الانتصاب، وحواجز الإيغاف، وتشنج المهبل - الجماع المؤلم - والانحرافات الجنسية.

فكثير من الحلول لتلك المشكلات هي نوعية وخاصة بالنسبة للأفراد وللعلاقات الفردية. ومن خلال الأخذ بالأسلوب العلاجي القائم على إعداد بروفيلات النماذج BASIC ID، يتكشف للمعالج المتحولات القابلة للتمييز والتي بدونها تبقى المشكلة متخفية عن الإدراك والبصر. وبعدها يصبح من السهل انتقاء التقنية العلاجية المناسبة لإزالة الاضطراب.

ورغم أننا في هذا الفصل أعطينا فسحة كبيرة لدور التخيل في العلاج الجنسي إلا أنه يتعين علينا ألا ينحصر ذهننا فقط في أن التخيل هو البلسم الشافي والتقنية الأساسية للعلاج المتعدد الأساليب. فالعملية التقييمية تغطي عادة كافة الصيغة BASIC ID التي تشمل الاستراتيجيات السلوكية والعاطفية، والحسية، والمعرفية، والبيشخصية.

إلا أننا من جهة أخرى نلفت النظر إلى أن كثيراً من المعالجين يهملون دور التخيل والعلاج التخيلي في أساليبهم العلاجية، ولا يعيرونه الاهتمام الكافي في الوقت الذي تبرز الدراسات الدور المهم الذي لا نقاش فيه للعلاج التخيلي كجزء من ترسانة المعالج النفسي في كل الاضطرابات النفسية والجنسية.

(هارتمان ١٩٧٤، برفين ١٩٨٠، ماسترز وجونسون ١٩٨٠).

ونجد أن استخدام التخيل في كثير من الحالات يكشف عن مشكلات تبدو مستعصية جداً.

الفصل العاشر

العلاج المتعدد الأساليب في حالات خاصة :

التعامل مع الأولاد والعلاج الجماعي والأفراد المضطربين

إن التساؤل هنا هو كيف تعالج الأولاد بالعلاج المتعدد الأوجه الذي ذكرناه ؟ ما هو الأسلوب الممكن الأخذ به في العلاج الجماعي ؟ وكيف تتعامل مع مرضى الفصام ، والاكتئاب ، والكحولية ، والإدمان على المخدرات ؟

إن هذه التساؤلات تثار دوماً في حلقات البحث العلمية وغيرها .

ما من شك في أن القارئ الذي استوعب الفصول السابقة يدرك حق الإدراك أن الصورة الأساسية في العلاج المتعدد الجوانب تبقى هي هي ، منسجمة متلائمة ، ما عليك إلا أن تحلل الشخصية إلى عوامل ، كما رأينا ، سلوك ، وعاطفة ، وبيولوجية وإحساس ، وتخيل ، وتفكير ، وعلاقات بيشخصية بالصيغة التي هي أساس لبنة العلاج الذي نحن بصدده أي BASIC ID . وأن تقوم بتقييم هذه المثبتات Parameters للشخصية تقييماً منهجياً . وأن تعاين تفاعلاتها وتداخلاتها . ومن ثم تعمل بوضع الخطة العلاجية طبقاً لاحتياجات الفرد المتعالج .

وبالطبع لا يتسع هذا الكتاب ليأتي على علاج جميع الحالات التي ذكرناها مفصلاً ، فهي بحاجة إلى أكثر من كتاب . إلا أننا هنا سنذكر غيضاً موجزاً لعلاج الحالات المذكورة على سبيل التوضيح .

١ ـ علاج الأولاد بالعلاج المتعدد الأساليب

هناك الكثير من السريريين أفادوا بأهمية العلاج المتعدد الأوجه عند الأطفال (كيت ١٩٧٦ ، أدواردز ١٩٧٨ ، كاستالدو ١٩٨٠) .

لقد طبق هؤلاء العياديون المختصون بالعلاج النفسي للأطفال التقنية العلاجية التي نحن بصددها على تربية المهنة ، والإرشاد المدرسي ، وبرامج القراءة في الصفوف الابتدائية (كيت ١٩٧٧ ، جرلر ١٩٧٧) .

إن فن تكرار الأدوار عند معالج الأطفال القدير المتمرس يتضمن المهارات النوعية التي هي غير مطلوبة بالضرورة من قبل العيادي (السريري) الموهوب.

للتعامل مع بعض الأولاد، يتعين أن يكون المعالج مجهزاً بالقصص، والأغاني والألعاب المتنوعة، وبميل نحو الاتصال مع الأطفال بكلمات مختصرة، وبالجمل البسيطة السهلة. إن المعالج الموهوب الذي يتمكن من خلق التعامل والاتصال مع الأولاد من خلال القيام بحيل ساحرة شادة للأولاد، أو الذي يستأثر بخيال الأولاد بصور الكرتون، أو أفلام الكرتون الملونة.

والحق يقال، إن علاج الطفل يتمحور دوماً ليكون علاجاً إسرياً نظراً لان الوالدين يسيطران على معززات السلوك.

لقد أظهر تدريب الوالدين على أنموذج المتعدد الأوجه (جوداه ١٩٧٨) فعالية صيغة BASIC ID لإنجاز تبدلات مهمة في مستويات قبول الوالدين. ومن أجل تخفيض المواقف السلطوية عندهما تجاه الأولاد، وهذا له فوائده الجمة عند الأطفال في سن المدرسة الابتدائية.

في التوجيه المتعدد الأوجه تشير بروفيلات الأنموذج إلى المتطلبات العلاجية النوعية سواء في التركيز على قواعد الإشراط الإجرائي أو غيرها من المبادئ السلوكية (روس ١٩٧٤) وذلك عند الأخذ بالمداخلات العلاجية الخاصة ببرامج الصف، وكذلك عند المداخلة في المشكلة من منظور نظام الأسرة (هالي ١٩٨٠).

عندما تُبرز الصيغة BASIC ID وجود صراعات القوة والسيطرة، لا بد حينئذ من التعامل مع الأسرة، وأن يكون الهدف شكلاً مختلفاً من التعامل بين أفراد الأسرة.

وصف لنا العلامة هالي HALEY الخطوات المهمة لإنجاز هذه الأهداف، فالمشكلات المعّينة الحدود والأبعاد تستوجب إعادة التدريب على تطبيق الإشراط الإجرائي (Wahler 1976). وهذا التدريب يتضمن ويشمل التعامل مع القصورات السلوكية المختلفة (أي صعوبات اللغة، والمهارات الضعيفة الخاصة بالعون الذاتي

والاعتماد عليها مثل عدم الاستقلالية بتناول الطعام واللباس، والمهارات الاجتماعية المحدودة). والسلوكيات غير المتناسبة مع العمر، (الاستجابات المفرطة في الارتباط مع الغير، والتبول الليلي في الفراش، والخجل، والمخاوف، والرهاب) وغير ذلك من سوء التكيفات الموقفية[1].

وبما أن سلوك الطفل غالباً ما يجب أن يدرس ضمن سياقات البيئة المختلفة، فإن الملاحظة المباشرة للصف والمداخلات العلاجية غالباً ما تكونان ضروريتين عندما تبرز المشكلات المتعلقة بالصف (O'learg 1972) . وبالطبع لا يُطلب من الأطفال إملاء استبيان القصة الحياتية، أو رسم بروفيل الأنموذج. ومع ذلك، إن المعالج الذي يأخذ بالعلاج المتعدد الأوجه، عندما يتعامل مع الطفل، سيفكر ببنود الصيغة BASIC ID، وسيستعلم استعلاماً منهجياً عن هذه النماذج وتأثيراتها التفاعلية.

هناك كثير من الأطفال يبدون استجابات خاصة إزاء التقنيات التخيلية (لازاروس، أبرامو فيتز ١٩٦٢). كما أن بعضهم يستجيبون استجابة جيدة نحو مقولات التدريب الاسترخائية المعدة لهم إعداداً خاصاً (كيت ١٩٧٩).

ويطالعنا سكايفر (١٩٧٧) بمقالاته التي تجاوزت ١٣٠ مقالة عن بعض اضطرابات الطفولة الشائعة وغير العادية مثل: الكوابيس الليلية، وسلوكيات التجنب والانسحاب، ورهاب المدرسة، ومخاوف الليل، وردود الفعل إزاء الرضوض، ومص الأصبع، وسلوك السرقة، والعدوان، وفرط النشاط السلوكي... الخ.

ويختص الأسلوب العلاجي الذي يأخذ بالعلاج المتعدد الأوجه، وبانفراده عن بقية الأساليب والمدارس العلاجية الأخرى أنه يتعامل مع مشكلات الأطفال تعاملاً منهجياً من خلال الصيغة BASIC ID في كل مرة تبرز مشكلات نوعية شخصية وبيشخصية.

---

(١) لمزيد من التفاصيل في طرق التغلب على مشكلات الأولاد راجع كتاب: كيف تعالج متاعبك من سلوك ولدك تأليف د. لين كلارك وتعريب د. محمد حجار، إصدار دار طلاس للنشر – دمشق.

٢ ـ العلاج الجماعي المتعدد الأساليب

من فوائد العلاج الجماعي أنه مفيد بصورة خاصة في التحرر من الخرافات المختلفة. فعندما توجد قصورات بيشخصية، فإن العلاج الجماعي يمكن أن يزودنا بوسط تدريبي أكثر صدقاً.

ثم إن العلاج الجماعي يطرح الفرصة للتعلم القائم على الملاحظة، ويقدم تنوعاً غنياً بفرص عرض النماذج.

فلعب الدور، والتكرار السلوكي، وغيرهما من الأفعال الحركية تتنامى وتتعاظم بالفوارق الدقيقة المشهدية النفسية (سيكو دراما) التي يطرحها المتعالجون (مورينو ١٩٥٨).

ثم إن الأفراد المنعزلين يستفيدون خاصة من العلاج الجماعي، وبخاصة عندما تزود الجماعة بنقطة الانطلاق نحو تنمية العلاقات الصداقية.

وفضلاً عن ذلك، إن العلاج الجماعي غالباً ما يكون أكثر عملية، وأقل كلفة مادية من العلاج الفردي.

ومن ناحية أخرى نجد أن الأفراد الزوريين، والعدوانيين بشدة، والمهلوسين، والمصابين باكتئاب شديد يكونون بمثابة عناصر بتأثير مخرب في العلاج الجماعي. ويماثل ذلك مرضى الوسواس الجبري الذين يستجيبون استجابة سيئة لجماعات العلاج المتعدد الأوجه.

فأمثال هؤلاء الأفراد من الأفضل أن يتم معالجتهم بالعلاج الفردي أو في السياق الأسري والزوجي.

هناك من المعالجين الذين يديرون علاجاً جماعياً متعدد الأوجه للأطفال والمراهقين، بينما آخرون يقصرون علاجهم على البالغين فقط.

ولعل الجماعات الأكثر سهولة ومطاوعة هي التي يتكون أفرادها من عناصر متجانسة نسبياً في الأعمار، ولها أهداف واضحة. وتشمل هذه الجماعات التدريب على تأكيد الذات، والأزواج، وعلى الراغبات في تخفيض الوزن، والإقلاع عن

التدخين، والتخلص من رهاب خاص نوعي. وأن أفضل عدد لجماعة علاج **يتراوح بين ٤ - ١٠ أفراد** (يكون المعالج ذكراً والمساعد أنثى). بجلسة واحدة أسبوعية تدوم من ساعة ونصف إلى ساعتين.

يؤكد المعالج على أهمية التعاون، وخلق أجواء التعاضد النافع، والنقد البناء وليس الهدام، والسرية، والتفاعلات الاجتماعية (لازاروس ١٩٧١).

يقوم المعالج بإنشاء البروفيلات التركيبية (عُد إلى الفصل الرابع) لكل فرد من المجموعة العلاجية تقدر علامات كل فرد على مقياس مؤلف من ١٠ نقاط بالاستعانة بالصيغة BASIC ID. ويؤكد المعالج على عدم وجود بروفيل مرغوب أكثر من غيره، وهذا لا يمنع من وجود ميادين في البروفيلات تستوجب التصويب والتصحيح (مثلاً درجات منخفضة جداً على النموذجين البيولوجي والبيشخصي اللذين يعكسان وجود مشكلات بيولوجية واجتماعية).

إن مناقشة المضامين العامة للبروفيل الخاص بكل فرد من أفراد الجماعة العلاجية من شأنها أن تولد التبدلات، وتقود إلى اكتشاف المستبصرين والأفراد المتوافقين في الجماعة.

خلال الجلسة الثانية يتم مناقشة شكل الصيغة BASIC ID بالتفصيل، ومن ثم يخصص معظم وقت الجلسة لإنشاء بروفيلات الأنموذج من قبل كل فرد من أفراد المجموعة العلاجية (انظر الفصل الرابع). وبعد ذلك يتم العلاج بإزالة القصورات التي تبرز في بروفيلات النماذج وفق التقنيات الملائمة لكل فرد.

وبينما تكون جماعات العلاج المتعدد الأوجه ذات واجبات موجهة، وأهداف معينة تستهدف إزالة المشكلات أو إضعافها، فإن جو الجماعة لايكون رسمياً ولا متزمتاً، وتشوبه أجواء روح النكتة، والاسترخاء والشعور بالطمأنينة، والحرية، والاحترام والقبول (لازاروس ١٩٧٤).

إن معظم التقنيات المبينة في الملحق (رقم ٢) تطبق في العلاج الجماعي، وأن أكثر التقنيات **استخداماً في العلاج الجماعي هي التكرار السلوكي** behavioral rehearsal، **ولعب الدور role - playing، ومحاكاة أنموذج سلوكي، والتعزيز**

الإيجابي (بصورة المديح والاطراء حيثما تطلب الموقف ذلك) والرصد الذاتي للأفكار والانفعالات، وتقنية الكرسي الفارغ، وتفريغ الغضب، والتعرف على الشعور، والتدريب على الاسترخاء، والتدريب على التأمل، إضافة إلى تطبيق نظرية A-B-C-D-E لألبرت أليس[1].

وعندما يتآلف أفراد المجموعة العلاجية مع الصيغة BASIC ID ومفاهيمها، فإنهم يستعذبون ويُسرون في رصد مشكلاتهم ضمن كل بُعد، بينما هم يفتشون عن التعاون أو التصحيح للأفكار الخاطئة من رؤساء المجموعات العلاجية والأعضاء الآخرين. ولنضرب مثالاً على مواقف في علاج نفسي جماعي:

مفيد: (وهو يقول للمعالج): أنت على حق حيال قلقي الذي عادة ما يبدأ مع تفكير ومن ثم يتحرك ليصبح تخيلاً. أعني تعودت أن أفكر أن نوبات القلق تصدر عن مكان ما، وكل ما أعلمه أنني أحاصر فجأة بنوبة القلق. ولكن بعد ذلك بدأت بتتبع القلق، وجدت أنه يصدر عن تفكير أخرق. وعندما أستطيع أن أتخلص من هذا التفكير لا أقلق...

فارس: أنا أشعر بنفس ذلك. قلقي يكمن في تفكيري حيث تبدأ متاعبي منه، المشاعر وبعدها تبدأ نوبة القلق.

المعالج: كم عددكم الذين يتتبعون ويرصدون تفكيرهم. من حاول منكم أن يجد الترتيب التفاعلي التسلسلي للقلق (رفع كل من فارس، ومفيد، وعماد أيديهم). أنت يا جورج وزهير لم تنجزا بعد شيئاً من هذا؟

جورج: مضى أسبوعان منذ الآن وأنا أمارس التخيل الإيجابي ولكن لا أجد نتائج حتى الآن.

زهير: لم أكن أدرك أن هذا الأمر هو تدريب بيتي عليَّ إنجازه.

المعالج: أنتم على حق. إنه مجرد اقتراح. على أي حال نستطيع جميعاً أن

---

(١) لمزيد من المعلومات عن هذه النظرية راجع كتاب: العلاج النفسي الحديث للإدمان على المخدرات تأليف د. محمد حجار، إصدار المركز العربي للدراسات الأمنية في الرياض.

نرصد أفكارنا، ونخرج ببعض المقترحات لكيفية إزالة القلق.

باسل: هل نستطيع أن نتكلم عن الاكتئاب؟ أشعر بالاكتئاب عندما أفكر بعماد وكيف حدث سوء تفاهم بيننا، إنني أدخل في حلقة مفرغة مع نفسي.

معاون المعالج: هل أنت فعلاً مهتم بالتعامل مع الاكتئاب يا باسل؟ وأنت يا جورج، أنت تذكر مشاعر الإثم التي تعيش فيها كمشكلة أساسية بينما كل واحد منكما يتكلم عن القلق؟

باسل: إنه لمن المضحك أنني أُكرب نفسي عندما أفكر في الماضي، إلا أن قلقي عادة ما يبدأ عندما أشعر بألم في معدتي وأبدأ بالتفكير عن التهاب الكبد وكل ما أكلته.

جورج: أقول لنفسي: عليك ألا تلصق بنفسك مسؤولية مشاعر الآخرين، إن هذا القول مع نفسي يساعدني حقاً.

المعالج: حسناً لنجمع الآن كل هذه الأمور. باسل عندما تبدأ في التفكير في الماضي عليك أن توقف على التو هذا التفكير بأن تقول لذاتك وبصراحة وبصرخة: (**قف قف لا تفكر بذلك. ثم تخيل ضوء نيون وهاج مكتوب فيه: قف**). حاول أن تنفذ ذلك.

جورج: وجدت الأمر معينا عندما أوجه صرخة داخلية لنفسي بكلمة (قف)، ومن ثم أتخيل ذاتي وهي ترسم الحرفين ق، ف على لوح كبير.

معاون المعالج: إنها لفكرة رائعة.

المعالج: أنت يا مفيد نظراً لأنك تبدأ بالتفكير ومن ثم يتحول الأمر إلى تخيل سلبي أبدأ بتطبيق التالي: (ثم ماذا إذن) وبعدها تحرك إلى بعض التخيلات الإيجابية.

٣ - الاضطرابات الفصامية والاكتئابية

إن الأفراد الذين يعانون من الاضطرابات الذهانية التي تأخذ صورة الأفكار الهذيانية والأوهام، والاختلاطات الذهنية، ويبدون سلوكاً انسحابياً مفرطاً وشاذاً ولديهم أفكار انتحارية، هؤلاء يحتاجون إلى معالجة دوائية كيما تؤهبهم هذه المعالجة، وتعدهم للعلاج النفسي.

على المعالج أن يبدأ بالنموذج D (أي بالمرض العضوي). ولكن إذا ما تعامل المعالج كما هو الحال عند الأطباء النفسيين العضويين (أي الذين يعالجون المرض العقلي فقط بالأدوية وعلى أساس عضوي) وفقاً لاعتبارات عضوية فإن العوامل المهمة التي تظهرها الصيغة BASIC ID لا يطالها العلاج. وحتى في الاضطراب الاكتئابي الثنائي القطب BIPOLAR حيث يصف الأطباء النفسيون مادة الليثيوم، الدواء المختار (للوقاية من الانتكاس والاكتئاب والهوس) فإن المعالج الذكي عليه أن يأخذ بعين الاعتبار العوامل التي تُظهرها نماذج الصيغة التي تمنع المريض من تناول الدواء الموصوف له مثلاً: الأفكار الخاطئة، الإحساسات والمشاعر السلبية، التخيلات المنفرة الصعوبة البيشخصية (أي ضغط الأسرة، العلاقة السيئة مع المعالج) أو قصة عن ضعف المطاوعة والعناد. ويقول بهذا الصدد العلامة FAY (١٩٧٦): «من الواضح أن تناول الأدوية والإذعان لتوصيات الطبيب بأخذها يتأثران بالنماذج الستة الأخرى في الصيغة BASIC ID التي تمنع المريض من أخذ الدواء». ولنا في القصة العلاجية بهذا السياق المثال: امرأة عمرها ٢٤ سنة تُشخّص اضطرابها على أساس اضطراب فصام ودخلت مستشفى الأمراض النفسية ثلاث مرات منذ أن كانت في سن ١٨. وبينما كان الطبيب النفسي يرصد تناولها للدواء، ظهرت عندها ٣١ مشكلة كشفت عنها الصيغة BASIC ID وتم علاجها عبر هذه الصيغة. تم علاجها علاجاً فردياً لمدة ١٣ شهراً، وأيضاً في علاج جماعي على أساس علاج متعدد الأوجه. وخضعت لثمان جلسات علاج أسري مع والديها، ورغم أن اضطرابها يعد سيئ الإنذار حسب تقارير المستشفى، فقد تعاملت تعاملاً

جيداً مع العلاج النفسي حيث أوقف طبيبها النفسي في نهاية المطاف الدواء.

لقد تزوجت بعد ذلك، وأضحت على وشك التخرج من الجامعة، والتمست وظيفة في الميدان الاجتماعي بمشورة معالجها.

والحق يقال؛ إن الحالة العقلية، وإن كانت عضوية، كما هو الحال في الاضطرابات العقلية يطرأ عليها تحسن جيد **عندما تضعف كثيراً الموترات والمشكلات البيشخصية التي تعد عوامل مهمة في تخليد الاضطراب الفصامي واستمراريته وإبقاء المريض على الدواء**. وهذه ناحية يهملها كافة الأطباء النفسيين في البلاد العربية (المترجم).

أعرف شابة (الكلام لمترجم الكتاب) عُصابية وصلت إلى ذروة الحدود الفاصلة بين الاضطراب العُصابي والمرض العقلي Border line بفعل العوامل الأسرية والفشل في الحياة الزوجية، حيث انتقلت إلى الاضطراب الذهاني الزوري بفعل الموترات البيئية - الأسرية وتفكيرها السلبي المحرض دوماً لمشاعر النقص، والاضطهاد.

لم يفد الدواء الموصوف لها، لأن العوامل المخربة البيئية ما زالت نشطة، **بالإضافة إلى التفكير السلبي الانهزامي والكارثي الذي أصبح على مستوى عادات فكرية مستمرة.**

ما كان يفسد معالجتها عدم القدرة على تبديل الأم من سلوكيتها تجاه ابنتها. فقد كانت الفتاة تعيش حالة تناقض وجداني في صراعات متضاربة حيال والدتها ووالدها. فهي تحبها وتكرهها بآن واحد، وهذا ما ورّثها فيها مشاعر الإثم المستمر، التي تطورت إلى سلوكيات جبرية وسواسية بالإضافة إلى القلق، والاكتئاب، والأفكار الزورية والاضطهادية، والسلوك المنسحب والعلاقات البيشخصية المضطربة.

وهكذا نجد الاضطرابات العُصابية تتحول إلى حالة عقلية بفعل المؤثرات البيئية، وعدم القدرة على التكيف والتعامل مع الشدّات، ونوعية التفكير السلبي

الذي يتعامل المريض بواسطته مع تلك الضواغط والموترات البيئية والداخلية. ولو أمكن السيطرة على الموترات الأسرية، وتبديل سلوكيات الأم تجاهها، وتم موافقتها على قبول العلاج السلوكي - المعرفي والتعاون مع هذا النوع من العلاج، لأمكن تجنيبها بكل تأكيد انتقالها إلى الاضطراب الذهاني في الوقت الذي كانت منذ البداية في حالة نفسية يستطيع العلاج النفسي أن يُحسّن الإنذار المرضي.

مريضة عمرها ٣٢ سنة تشكو من اكتئاب. إن الأعراض تشير بصراحة إلى إصابتها باكتئاب وحيد القطب unipolar (وهو اضطراب ذهاني يتميز بتكرار هجمات اكتئاب رئيسي). كما وأن لديها قصة عائلية تشير إلى وجود عوامل إرثية، والدتها، وعمتاها، وخالتاها عولجن بالصدمات الكهربائية.

أعراضها كانت على الوجه التالي: تبدل مزاج في النهار فيزداد سوءاً في الصباح واضطرابات في النوم، ضعف شهية نحو الطعام وفقدان الوزن، الإمساك، ضعف تركيز الانتباه، ومشاعر اليأس والقنوط.

لم تلاحظ وجود عوامل وحوادث مباشرة لها صلة بالاضطراب الاكتئابي.

أفادت: «إن هذه المشاعر تعاظمت تدريجياً وساءت متصاعدة». التمست مشورة طبيبها الداخلي فوصف لها دواء الفاليوم. ومن ثم أحالها المعالج النفسي إلى الطبيب النفسي لوصف دواء مضاد للاكتئاب. وبالإضافة إلى تناولها الدواء المضاد للاكتئاب شملت معالجها التوصيات العلاجية التي أوضحها العلاج المتعدد الأوجه على الوجه التالي:

السلوك: مزيد من الانتباه والاهتمام في الإعداد والصقل. زيادة النشاط العام (أي إكراه الذات على الانخراط بنشاطات سارة مثل السباحة والتنس وغيرها).

العاطفة: التعبير عن الغضب وعدم كبته. إذا ما أزعجك بعض الناس عليك ألا تكظمي مشاعرك. أبلغيهم أنك غاضبة.

الإحساس: عرضي نفسك إلى خبرات حسية سارة مهما كانت ضئيلة. فتشي عن لذة الطعام، وحمامات ساخنة، واستمعي إلى موسيقى جميلة.

التخيل : تخيلي ذاتك أنك تخلعين ثوب مشاعر الاكتئاب . تخيلي ذاتك في المستقبل القريب جداً أنك ستنعمين بالمسرات .

الفكر : دوماً وتكراراً بدلي الأفكار الانهزامية والأحاديث مع الذات السلبية : ارصديها وتدربي على تبديلها بأخرى إيجابية وتفاؤلية .

العلاقة البيشخصية : **اكتسبي والعبي أدوار تأكيد الذات** . فتشي دوماً عن صحبة ورفقة حتى ولو كنت بمزاج غير مناسب .

كان المعالج يشاهدها مرتين في الأسبوع (من ضمن الجلسات ، كانت هناك جلسات علاج أسري وزوجي) . بعد ست جلسات طرأ تحسن على مزاجها (من الجائز أن يكون الدواء المضاد للاكتئاب بدأ تأثيره على مزاجها) . ثم أصبحت هناك جلسة واحدة أسبوعياً . ورغم أن اكتئابها لم يُعد مشكلة ، إلا أنها أضحت تستمتع باقتناص أفكارها السلبية ودحضها وتبديلها (تمارين إعادة تركيب البنية المعرفية) ، وتولي اهتماماً لضعف تأكيدها لذاتها ، وللمهارات الأخرى البيشخصية ، إضافة إلى صراعاتها الزوجية .

ظلت على العلاج لمدة سنة بواقع جلسة واحدة أسبوعياً إلى أن وصلت إلى مرحلة تمكنت من التغلب على ضعف ثقتها بنفسها ، وبدت مؤكدة لذاتها ، ومعبرة عن مكنونات انفعالاتها بدون كظم ، وسعيدة في الإطار الكلي لزواجها .

وتعامل المعالج مع زوجها الذي لديه متاعب ومشكلات مرتبطة بعمله ، حيث شمل العلاج الزوجين في عشر جلسات مشتركة .

ولنفترض أن هذه المرأة اقتصر علاجها على الدواء المضاد للاكتئاب إضافة إلى علاج نفسي داعم . فمن الصعب تصور أن هذه المعالجة الثنائية تمكنها التغلب على أفكارها السلبية وتصوراتها البيشخصية الموجودة قبل المرض ، كما يصعب التغلب على مشكلاتها الزوجية . ورغم أن العنصر البيولوجي في الذهان الاكتئابي المصابة به هو المسبب للاكتئاب ، فإن عدم حل مشكلاتها سيعرضها دوماً إلى الانتكاسات ويؤهبها لها . ولعل الميزة النوعية في العلاج المتعدد الأوجه أنه منهجي ، وشامل في التقييم والعلاج .

٤ ـ الكحولية وتعاطي المخدرات :

يمكن القول أن العلاج المتعدد الأوجه للكحولية وتعاطي المخدرات يغطي خمس مناطق .

أ – العناية الطبية ضرورية كيما يستعيد المريض لياقته وصحته البدنية .

ب – يعتمد العلاج التكريهي من أجل ضبط نزوع الشرب .

ج – إجراء تقييم للسوابق النوعية للقلق في بيئة المريض (تحليل السلوك) .

د – تستخدم عدة تقنيات لإزالة أو إضعاف قلق المدمن مثل إزالة التحسس المنهجي ، والتدريب على تأكيد الذات ، والتكرار السلوكي ، والعلاج التنويمي .

هـ – تتخذ خطوات نوعية لتنمية العلاقة التعاونية مع زوجه المدمن وخاصة تبديل أسلوب الحياة عند المريض الفاعلة في إفراطه في الشرب أو تعاطي المخدر .

ومرة ثانية للتوضيح نورد بروفيل الأنموذج لامرأة عمرها ٣٢ سنة مدمنة على تعاطي الكحول والعلاج المقترح :

الأنموذج	المشكلة	العلاج المقترح
السلوك :	فرط شرب الكحول	التخيل التكريهي وغيره من الأساليب المسيطرة على الذات وضبطها .
	تجنب مواجهة ومقابلة معظم الناس .	التدريب على تأكيد الذات .
	أحاديث مع الذات سلبية .	أحاديث مع الذات إيجابية .
	فرط شرب المسكر في حالة وجودها لوحدها أو في الليل بدارها .	تبديل المنبه من خلال تطوير وإيجاد مخارج اجتماعية .
	الصراخ في وجه أولادها .	تدريبها على مبادئ التربية الإشراطية لضبط سلوك أولادها (الإثابة والعقاب) .
العاطفة	الاكتئاب	زيادة مدى التعزيز الإيجابي .
الإحساس	اضطرابات في المعدة	تدريب على التنفس البطني .
	شعور بضغط في خلف الرأس (المنطقة القحفية) .	التدريب على إرخاء عضلات الرقبة .

التخيل	تخيل حي لصراع والديها .	إزالة التحسس المنهجي .
	الضرب من والدها .	تخيلات انتقامية .
	تتخيل أنها مربوطة في الفراش كالطفل .	تخيلات هروب أو تحرير الغضب .
التفكير	أحاديث مع الذات تدور حول تحقير الذات وتضاؤل القيمة الذاتية .	مناهضة الأفكار الخاطئة .
	تقديم الاعتذارات بكثرة للناس .	تبديل التعابير اللغوية الملزمة للذات (يجب – يتعين – لا بد) .
العلاقات البيشخصية	ردود أفعال متضاربة إزاء الأولاد والزوج .	علاج أسري » التدريب على استخدام التعزيز الإيجابي .
	السرية والشكوك .	النقاش والمصارحة بالكشف عن الذات .
الأدوية/ البيولوجية	استخدام الكحول بدلاً من الدواء المضاد للاكتئاب أو المهدئات .	التنسيق مع الطبيب النفسي لوصف الدواء المضاد للاكتئاب أو الدواء المسمى Antabuse المضاد للكحولية .

إن بروفيل الأنموذج، كما رأينا، يُظهر أن المريضة المصابة بالكحولية أو فرط معاقرة الكحول هو جزء من سلسلة عامة من المشكلات النوعية المتداخلة .

ما أن سار العلاج قُدماً إلى الأمام، حتى ظهرت مشكلات إضافية واضحة، إذ تم التخلي عن بعض التكتيكات العلاجية المقترحة لصالح أساليب أخرى؛ حيث بدت المريضة بصورة أوضح في دور الأم والزوجة، والبنت أي كفرد له صفات وحيدة. وبهذه الطريقة، أضحت قادرة على التغلب على فرط معاقرة الكحول وإجراء تبديلات هامة في جميع جوانب شخصيها (BASIC ID) وفي كثير من الحالات في الكحولية اتضح نفع انخراط المدمن في جماعة المدمنين السابقين الذين تحرروا من عبودية المسكر وحضور اجتماعات منتظمة .

ففي علاج الكحولية أو أي شكل من الإدمان، يستدعي العلاج المتعدد الأوجه الاستعلام المنهجي وفقاً للصيغة BASIC ID يكون متبوعاً بالتطبيق لمختلف التقنيات لعلاج كل مشكلة. ففي حالات الإدمان على الأدوية المخدرة، يجب أن

يتولى التعامل مع العوامل العضوية خبراء في الميدان الطبي إضافة إلى إزالة السمية وتجنيب المريض أعراض الانسحاب (عادةً يتولى هذا الأمر الطبيب النفسي).

وأفادنا كل من العّلامة ناثـان وهـاريس (١٩٨٠) أنـه لا يوجـد حاليـاً **أي طريقـة علاجية أعطت نتائج ناجحة في الإدمان علـى المخـدرات والمسكرات. ويبـدو مـن هذه النتيجة أن العلاج الوحيد الجانب قد تم تسـويقه وترويجـه بشـدة علـى حسـاب العلاج المتعدد الأوجه**. ومثالنا علـى ذلـك إعطـاء الـدواء (ميثـادون) كعـلاج وحيـد للمدمنين على الأفيونيات مثله في ذلك مثل **علاج الكحول بالعلاج التكريهي** وحده. **إذ أن تجاهل ما تكشف عنه جوانـب الشـخصية في الصيغـة BASIC ID مـن شـأن ذلك إهمال المشـكلات الهامـة دون مسـاس، والـتي هـي الفاعلـة في الانتكـاس في تعـاطي الكحـول، إضافـة إلى تشـكيل عـادة لا تكيفيـة إضافيـة وجديـدة**. وبكلمـة مختصـرة، الكشـف عـن الموتـرات ومشـاعر النقـص والقصـورات الشـخصية والبيشخصية التي تكون عادة بمثابة المحرضات الدائمـة للانتكـاس في الإدمـان علـى المخدرات والمسكرات، ولي في ذلك قصة علاجية بارزة في سجل العلاج للمدمنين (الكلام لمترجم الكتاب).

شاب عمره ٤٥ سنة، وحيـد لوالدتـه، غـير متـزوج، والـده متوفـى ولـه ثـلاث أخوات. مدمن على الكحول منذ أن كان شاباً في العشرين من عمـره بفعـل عملـه في الفنادق الكبرى كرئيس لأقسام التمويـن والإدارة. كـانت والدتـه مرتبطـة بـه، ملازمة له حتى في عمله. تقطن في الغرفة التي ينام بها في الفندق. أصيـب بآفـات عضوية استوجبت استئصال جزء من البنكرياس بسبب الكحول. لم تشجعه والدتـه على الزواج خشية أن تفقده وتتهمش، لـذا فقـد كـانت تغـض الطـرف عـن حياتـه المليئة بالنساء بحكم وظيفته. وصل إدمانه إلى الحد الذي أثر علـى عملـه وأدائـه، فالتمس العلاج حيث دخل إلى المشافي عشر مرات بسبب تفاقم وضعـه الصحـي. لم يستفد مـن أي عـلاج دوائـي لا في لنـدن، ولا قـبرص، ولا مصـر، إذ كـان الانتكاس بعد تحريره من أعراض انسحاب الكحول المشكلة الكبرى عنده. حوّلـه

طبيب نفسي من دمشق إليّ لمعالجته بالعلاج السلوكي - المعرفي. تمت أولاً إزالة السمية المزمنة، وتجنيبه أعراض السحب بإدخاله إلى المستشفى لمدة ٢٠ يوماً وتغطيته بالمهدئات الكبرى. بعدها تمت معالجته:

أ - بالعلاج التكريري التخيلي.

ب - بإبعاده عن المنبهات المثيرة لاستجاباته نحو الكحول، البارات ومصاحبة أصدقائه.

ج - نظراً لتوقفه عن العمل في الفنادق بسبب إدمانه، فقد وضعت خطة لإشغال وقته وفق برنامج يومي ينفذه، لاسيما وأن حالته المالية تسمح له بالبقاء دون عمل مدة العلاج.

د - فطمه عن والدته، وجعله يسكن وحده (الاستقلال عن والدته).

هـ - تدريبه على الاسترخاء والتطعيم ضد التوترات.

و - استخدام التعزيزات الإيجابية.

ز - تبديل أفكاره الخاطئة عن المسكر (إعادة تركيب بنيته المعرفية).

ح - التكرار السلوكي.

ط - تنظيم حياته الجنسية بالتوجه نحو الزواج والاستقرار.

ي - المتابعة العلاجية والربح العلاجي.

بعد علاج دام تقريباً ٢٧ جلسة كان خلالها ممتنعاً كلياً عن تعاطي المسكر (يدخن فقط)، لم ينتكس لمدة سنة كاملة، حيث لأول مرة منذ عشرين سنة توقف هذه المدة عن تعاطي المسكر.

تحسنت حالته الصحية، وتحسن إنذاره الطبي (كان مهدداً بتشمع الكبد).

استمر الاتصال به بمعدل مرة واحدة كل ستة أشهر ولمدة سنتين حيث عُرضت عليه وظيفة في فندق من درجة ٤ نجوم، فاستشارني فأشرت عليه بقبول التوظيف شريطة الاستمرار في التدريبات السلوكية والمعرفية، والامتناع كلياً عن العمل في إطار البارات، أو التسلية مع أصدقاء يشربون. كان يتصل بي من وقت إلى آخر لإعلامي عن حالته حيث خطط للزواج وتزوج في نهاية المطاف.

الملحق رقم (١)

إن الهدف من هذا الاستبيان هو الحصول على صورة شاملة لأبعاد حياتك السابقة. ففي العلاج النفسي لا بد من هذا الاستقصاء الشمولي للتعرف على مشكلاتك القريبة والبعيدة التي سببت لك الاضطراب النفسي الذي أنت الآن تلتمس علاجه.

ومن خلال الأمانة والصدق التام بالإجابة عن جميع بنود الأسئلة والمعلومات المبينة في هذا الاستبيان، يمكن التعرف على أسباب الاضطراب ووضع الخطة العلاجية.

إن المعلومات التي ستذكرها ستكون سرية وخاصة بك ولا يُكشف عنها لأي شخص آخر. وهي جزء من إضبارتك السرية.

معلومات عامة

الاسم :   **العنوان :**   **التاريخ :**

رقم الهاتف :   العمر :   الحالة الاجتماعية :

عدد الأولاد : ذكور (   ) إناث (   )   عمر الأب :

عمر الأم :   مكان الولادة :   الوزن :

الجنس :   العمل :   التحصيل الثقافي :

هل العمل الذي تمارسه يرضيك : نعم (   ) لا (   ) ضع إشارة

إذا كان جوابك لا ، اذكر الأسباب :

كم عدد المهن التي مارستها سابقاً ؟

هل سبق أن تلقيت عوناً علاجياً نفسياً ؟

إذا تلقيت هذا العون متى كان ذلك وأين ؟

هل حاولت الانتحار ؟

هل هناك أحد من أفراد أسرتك يعاني من أمراض نفسية أو عقلية ؟

هل هناك أحد من أفراد أسرتك حاول الانتحار أو مات منتحراً ؟

القصة الاجتماعية :

صف شخصية والدك وموقفه منك (في الماضي والحاضر) :

صف شخصية والدتك وموقفها منك (في الماضي والحاضر) :

بأي أسلوب تمت تربيتك من قبل والديك ؟

صف أجواء عائلتك وعلاقة والديك ببعضهما البعض وعلاقتهما بالأولاد ؟

هل أنت موثوق من قبل والديك ؟

هل أنت محترم ومحبوب من قبل والديك ؟

هل رسبت في دراستك ؟

إذا رسبت، فبأي صف وما هو السبب ؟

ضع إشارة (X) أمام الأمور المذكورة أدناه والتي تنطبق عليك خلال طفولتك ومراهقتك .

ـ طفولة سعيدة	ـ طفولة شقية غير سعيدة	ـ مشكلات سلوكية وعاطفية
ـ مشكلات قانونية	ـ حدوث وفاة في الأسرة	ـ مشكلات صحية
ـ أنا مهمل	ـ مشكلات صحية طبية	ـ مشكلات دراسية
ـ مشكلات مالية	ـ متدين	ـ غير متدين
ـ متزمت دينياً	ـ أتعاطى الكحول	ـ أتعاطى المخدرات
ـ أتعاطى الأدوية النفسية	ـ عوقبت بشدة	ـ اغتُصبت جنسياً
ـ تعرضت للمشاجرات بشدة	ـ يوجد عندي اضطراب في الطعام	ـ أمور أخرى

وصف المشكلات الحالية :

اذكر مشكلاتك الرئيسية باختصار :

على المقياس أدناه قدر شدة مشكلاتك :

ـ إزعاج خفيف ـ إزعاج متوسط ـ إزعاج شديد ـ إزعاج شديد جداً ـ شلل تام .

متى ظهرت مشكلاتك ؟

ما الذي جعل مشكلاتك أكثر سوءاً؟

ما الشيء الذي فعلته وكان مساعداً لك؟

إلى أي حد أنت مسرور في حياتك في هذه الأيام؟ حدد الدرجة أدناه بوضع دائرة على الرقم

١ ٢ ٣ ٤ ٥ ٦ ٧

غير مسرور أبداً ← → مسرور جدًا

كيف تقدر مستوى توترك النفسي خلال الشهر الماضي؟

١ ٢ ٣ ٤ ٥ ٦ ٧

غير مسترخ ← → مُسترخ

توقعاتك حيال المعالجة النفسية

بكلمات قليلة اذكر توقعاتك حيال المعالجة:

ما هي مدة العلاج النفسي التي تتوقعها؟

تحليل المشكلات القائمة

١ ـ المشكلات السلوكية:

ضع إشارة (X) أمام المشكلات المذكورة أدناه والتي تنطبق عليك:

ـ نهم وشراهة في الطعام	ـ تناول الأدوية النفسية	ـ عدم التعبير عن مشاعر الغضب والانفعالات
ـ سلوك شاذ	ـ إفراط في شرب الكحول	ـ العمل بكد شديد
ـ التسويف والمماطلة	ـ ردود أفعال هوجاء	ـ فقدان السيطرة على الذات
ـ محاولات انتحار	ـ تدخين	ـ انسحاب اجتماعي
ـ عَرّات عصبية	ـ صعوبات تركيز الانتباه	ـ اضطراب نوم
ـ مخاوف	ـ تبديد مال	ـ عدم الاستقرار في العمل

- الأرق | - التهور والمجازفات الكثيرة | - الكسل
- اضطرابات طعام | - سلوك عدواني | - البكاء
- انفجارات عاطفية | - سلوكيات أخرى (اذكرها):

ما هي المواهب والمهارات التي تفتخر بها إن وجدت؟

ما هو الشيء الذي ترغب في بدء العمل به؟

ما هو الشيء الذي ترغب في أن تتوقف عن العمل به؟

كيف تمضي أوقات فراغك؟

ما هي الهوايات التي تمارسها وتستمتع بها؟

إذا كانت لديك رغبتان فما هما؟

٢ - المشاعر

ضع إشارة (X) أمام المشاعر التي تنطبق عليك:

- غاضب
- منزعج
- حزين
- مكتئب
- قلق
- متخوف
- جزع
- نشط
- حسود
- آثم
- سعيد
- مخاصم
- خجول
- متأسف
- يائس
- متأمل
- بائس
- مسترخ
- غيور
- ملول
- غير مستقر
- وحيد (منعزل)
- متهيج
- متفائل
- متوتر
- قانع

مشاعر أخرى (اذكرها):

اذكر خمسة مخاوف رئيسية تعاني منها:

١-
٢-
٣-
٤-
٥-

ما هي المشاعر الإيجابية التي شعرت بها حديثاً؟

متى تفقد قدرتك في السيطرة على مشاعرك ؟
صف المواقف التي تجعلك هادئاً مسترخياً ؟

٣ - الإحساسات البدنية

ضع إشارة (X) أمام الإحساسات البدنية التي تنطبق عليك :

- ألم بطني
- صداع
- تشنج عضلي
- عدم القدرة على الاسترخاء
- اضطراب هضمي
- رجفة
- عيون مدمعة
- اضطرابات جلدية
- آلام صدرية
- غشاوة بصرية
- مشكلات سمعية
- ألم وحرقة خلال التبول
- دوار
- توتر
- اضطرابات تغوط
- عَرّات عصبية
- نوبات إغماء
- هبات حرارة
- جفاف فم
- تسرع ضربات القلب
- فرط تعرق
- احساسات أخرى (اذكرها إن وجدت) .
- صعوبات طمثية
- خفقان قلب
- اضطرابات جنسية
- خدر حسي
- ألم في الظهر
- سماع أشياء
- غثيان
- حكة جلدية
- رفض من أن يمسني أحد
- اضطراب بصري

٤ ـ تخيلات

ضع إشارة (X) أمام التخيلات المذكورة أدناه والتي تنطبق عليك :

أتخيل نفسي :

- سعيدة
- فاقد السيطرة عليها
- بائسة
- مُغتصبة جنسياً
- متألمة
- مُراقبة
- تُؤلم الآخرين
- يتآمرون عليها
- غير متعاملة مع الموقف
- يتكلم الناس عنها
- مسؤولة
- موضع سخرية من الناس
- ناجحة
- عدوانية
- فاشلة
- فاحشة
- تخيلات أخرى يمكنك ذكرها :

عندي :

- صور ذهنية جنسية سارة
- تخيلات جنسية غير سارة
- تخيلات طفولة غير سارة
- تخيلات عزلة ووحدة
- صورة سلبية لشكل جسدي
- تخيلات إغواء جنسي

ـتخيلات بأن أكون مرغوباً ومحبوباً ـتخيلات أخرى يمكن ذكرها :

صف تخيلاً يسرك جداً استحضاره :

صف صورتك في مكان آمن جداً :

صف صوراً ذهنية ملحة أو مزعجة تعيق وظائفك اليومية :

أذكر عدد المرات تشاهد فيها كوابيس مزعجة :

٥ـ الأفكار

ضع إشارة (X) أمام الأفكار المذكورة أدناه والتي تنطبق عليك :

ـ ذكي	ـ واثق من نفسي	ـ ذو مكانة وقيمة	ـ طموح
ـ حساس	ـ وفي	ـ يوثق به	ـ تافه
ـ لا شيء	ـ لا نفع مني	ـ شيطان	ـ أحمق
ـ منحط الأخلاق	ـ منحرف	ـ غير جذاب	ـ غير محبوب
ـ ناقص	ـ مشوش	ـ بشع	ـ أحمق
ـ ساذج	ـ شريف	ـ غير منافس وغير طموح	ـ عندي أفكار مخيفة
ـ أعيش الصراع النفسي	ـ صعوبات تركيز الانتباه	ـ مشكلات تذكر	ـ جذاب
ـ لا أستطيع اتخاذ القرارات	ـ أفكار انتحارية	ـ دؤوب	ـ المسرة بالنكتة
ـ مُكِدْ في العمل	ـ كسول	ـ لا يوثق به	ـ غير شريف

ـ أفكار أخرى :

- ما هي الفكرة التي تعدها أكثر حماقة وطيشاً تخطر في ذهنك ؟
- هل تنزعج من أفكار تخطر في ذهنك مراراً وتكراراً ؟
- نعم ـلا
- إذا كانت الإجابة نعم فما هي هذه الأفكار ؟
- اذكر متاعبك والأمور التي تقلقك فتؤثر على مزاجك أو سلوكك ؟

-ارسم دائرة حول الرقم الذي يمثل رأيك بالنسبة للبنود التالية :

	لا أوافق قطعاً	لا أوافق	حيادي	أوافق	أوافق بقوة
يجب ألا أرتكب الأخطاء	١	٢	٣	٤	٥
يجب أن أكون متقناً للعمل في أي شيء أنفذه	١	٢	٣	٤	٥
عندما لا أعرف أمراً يجب علي أن أتظاهر أنني أعرفه	١	٢	٣	٤	٥
يجب ألا أبوح بمعلومات شخصية لأحد	١	٢	٣	٤	٥
أنا ضحية الظروف الحياتية	١	٢	٣	٤	٥
حياتي خاضعة ومرهونة بقوى خارجية	١	٢	٣	٤	٥
الناس الآخرون هم أسعد مني	١	٢	٣	٤	٥
كن في الجانب الآمن ولا تخاطر	١	٢	٣	٤	٥
لا أستأهل أن أكون سعيداً	١	٢	٣	٤	٥
إذا تجاهلت مشكلاتي فإنها تزول	١	٢	٣	٤	٥
من واجبي أن أجعل الناس سعداء	١	٢	٣	٤	٥
يجب أن أناضل لأصل إلى الكمال	١	٢	٣	٤	٥
هناك طريقان لعمل الأشياء إما الطريق الخاطئ أو الطريق الصائب	١	٢	٣	٤	٥
يجب ألا أكون منزعجاً أبداً	١	٢	٣	٤	٥

٦ ـ العلاقات البيشخصية (مع الناس)

أ ـ الصداقات

هل تعثر على الأصدقاء بسهولة ؟ – نعم - لا

هل قمت باتصالات جنسية خلال دراستك الثانوية ؟ – نعم – لا

هل تعرضت خلال صداقتك إلى التهكم والسخرية ؟ –نعم –لا

هل تحافظ عليهم ؟ – نعم - لا

خلال دراستك الجامعية – نعم – لا

صف أي علاقة تعطيك :

-المتعة

-البؤس

حدد الدرجة على المقياس التالي التي تشعر بها مرتاحاً ومسترخياً في علاقاتك الاجتماعية :

١ ٢ ٣ ٤ ٥ ٦ ٧

ملاحظة : كلما زادت الدرجة كان القلق أكبر والعكس هو الارتياح.

هل عندك صديق أو أكثر ترتاح له (لهم) فتشاركه أفكارك الخاصة ومشكلاتك ؟ – نعم –لا .

ب ـ الزواج (الزوج أو الزوجة)

ما هي المدة التي تعرفت بها على زوجك قبل الزواج ؟

ما هي مدة الخطوبة ؟

متى تزوجت ؟

صف شخصية زوجك باختصار

ما هي الصفة التي تحبها في زوجك؟

ما هو الشيء الذي لا تحبه في زوجك؟

ما الذي تنفر منه في حياتك الزوجية؟

على المقياس أدناه حدد درجة سرورك من حياتك الزوجية

١ ٢ ٣ ٤ ٥ ٦ ٧

سرور جيد ← → استياء كبير

حدد درجة الرضا أو السوء في علاقاتك مع أصدقاء أو أسرة زوجك

١ ٢ ٣ ٤ ٥ ٦ ٧

رضا كبير ← → استياء كثير

عدد أولادك: أعمارهم والجنس:

هل هناك من يعاني مشكلات في أولادك؟ نعم - لا

إذا كان الجواب نعم حدد هذه المشكلات:

٧ - العلاقات الجنسية

- هل مسائل الجنس تكون موضع نقاش في بيتك؟
- من أين جاءت معلوماتك عن الجنس؟
- متى شعرت لأول مرة بالدافع الجنسي؟
- هل شعرت بمشاعر الإثم والقلق عند ممارستك الجنس أو العادة السرية - نعم - لا

إذا كانت الإجابة نعم أعط التفسير:

اذكر أية تفاصيل تتعلق بأولى ممارستك الجنسية:

هل أنت راضٍ الآن عن حياتك الجنسية؟ - نعم - لا

هل سبق وتعاطيت الاتصال الجنسي مع نفس الجنس؟ - نعم - لا

اذكر أية اهتمامات جنسية أخرى لم تُذكر:

٨ - العلاقات الأخرى

هل عندك متاعب في علاقاتك مع الناس في العمل: - نعم - لا

إذا كانت الإجابة نعم اذكر هذه المتاعب:

أتمم الجمل التالية من أفكار من عندك

-أحد الأساليب التي يؤلمني الناس بها هو:

-أستطيع أن أصدمك بـ:

-زوجي يصفني بـ:

-أفضل أصدقائي يعتقد أنني:

-الناس الذين يكرهونني:

-هل تعرضت لصدمة عاطفية في حياتك؟ - نعم - لا

إذا كانت الإجابة نعم، اذكر السبب:

٩ - العوامل البيولوجية

هل تبدي اهتمامات وانشغالات في صحتك البدنية؟ - نعم -لا

إذا كانت الإجابة نعم حدد هذه الانشغالات:

اذكر الأدوية التي تتناولها الآن:

هل تتناول ثلاث وجبات طعام يومية متوازنة؟ - نعم -لا

هل تمارس الرياضة؟ - نعم - لا

اذكر أي مشكلات أو أمراض طبية تعانيها أو موجودة في أسرتك:

هل تعرضت لعملية جراحية ؟ نعم - لا

هل العادة الطمثية منتظمة ؟ نعم - لا

هل يرافقها ألم وتوتر نفسي ؟ نعم - لا

ضع إشارة (X) أمام البنود التي تنطبق عليك في العمود المناسب

البنود	لا	نادراً	أحياناً	كثيراً	يومياً
وهن وتعب في العضلات					
تناول أدوية نفسية					
تناول المدرات					
تناول حبوب للحمية وتخفيف الوزن					
تناول الماريجوانا					
تناول الهرمونات					
تناول الأسبرين					
تعاطي المخدرات					
تعاطي المسكنات					
تعاطي التدخين					
تعاطي القهوة					
تعاطي الكحول					
تعاطي حبوب منع الحمل					
تناول الفيتامينات					
الشراهة نحو الطعام					
تناول أطعمة غير مغذية					

الإصابة بالإسهال					
الإصابة بالإمساك					
الإقياء					
غازات بطنية					
حرقة في المري					
دوار					
خفقان قلب					
تعب					
أليرجيا (تحسس)					
ارتفاع ضغط الدم					
ضيق تنفس					
أرق					
ألم صدر					
استيقاظ باكر جداً					
آلام في الأذن					
آلام ظهرية					
مشكلات وزن					

اذكر مشكلات أخرى لم نذكرها :

الملحق رقم (٢)

مسرد مفصل للتقنيات الأساسية العلاجية

١ ـ التعبير عن الغضب anger – expression

عدا أولئك الذين يعتقدون أن التحرر من التوتر والقلق (التفريغ الانفعالي) من خلال إعادة إثارة المواقف الراهنة التي أحدثت القلق تخيلاً catharsis، هذا التحرر بنظرهم هو ضرورة علاجية، فلا يُعتبر هذا التعبير عن القلق هو نهاية بذاتها. فكثير من المرضى يصادفون صعوبات في إدراك غضبهم، بينما غيرهم يخافون منه. وعندما يتملك الغضب الفرد فيمكن إزالته من خلال مناهضة الأفكار التي ولدته (نعني الأفكار الخاطئة)، أو تحوله إلى تعبير مؤكد للذات تعبيراً مناسباً متوافقاً مع الأدب الاجتماعي.

ومن المعروف أن ملاطفة المريض المنخرط بخاصة في مجموعة علاجية، والذي يُطلب منه أن يقول أكثر من مرة وبصوت متزايد الارتفاع: «أنا غاضب... أنا غاضب» فتلك طريقة معروفة يجعل هذا المريض على صلة بغضبه وبتماس معه. وفيما بعد تطبق تقنية التكرار السلوكي behavior – re hearsal للتعامل مع الاستياء المبرر والمقبول. فمثلاً إن تخبيط (ضرب) وسادة محشوة بمادة «الفوم» أو مصارعة وسادة كبيرة هما طريقتان أخريان لإثارة الغضب والتعبير عنه. كما يمكن أيضاً شراء دمية مطاطية كبيرة وتنفيس العدوان عليها برفسها وضربها حيث تمثل الزوجة التي يفرغ الزوج عليها عدوانه وهو يتخيلها أنها زوجته «أو تتخيل زوجها». وفيما بعد يصبح الزوج (أو الزوجة) أكثر رغبة في التفكير بالخطوات المنطقية بعد تفريغ عدوانه بهذه الطرق كيما يتخذ القرار بتسوية نزعاته مع زوجته.

٢ – التخيل الصادم المضاد لقلق المستقبل anti – future shock imagery

عدا مساعدة المرضى على حل مشكلاتهم المستمرة، من الأهمية بمكان إعدادهم لإجراء تبدلات ممكن أن يصادفوها خلال الأشهر المقبلة أو السنين الآتية

(العلاج التطعيمي ضد القلق). فكثير من هؤلاء المرضى يفاجؤون بحوادث في حياتهم يدركونها ولا يعونها، والممكن توقعها.

قد يسأل الفرد، ما هي الشروط السائدة في العمل أو في الدار؟

ما هي التغيرات الممكن أن تحدث؟ (فمثلاً زوجان شابان متزوجان قد يصبحان والدين قريباً، وزوجان في متوسط العمر يظلان بدون أولاد، وبعض مديري التنفيذ في عمل قد يترفعون إلى مرتبة وظيفية أعلى أو ينتقلون إلى أمكنة عمل جديدة، وغيرهم يجبرون على الإحالة إلى التقاعد أو المعاش. فمن خلال تعريض المريض لصدمة لأهم التبدلات المرتقبة مستقبلاً أو التي قد تحدث له، وبتشجيع المتعالج تخيل هذه التبدلات والتعامل معها فإن المعالج بهذه الحالة يسهل ويمهد الطريق لأن يقبل هذه التغيرات التي لا بد منها. وأن مثل هذه التقنية التطعيمية ضد قلق المستقبل تضعف معدلات انتكاس المريض[١].

٣ ـ التدرب على تدبر القلق anxiety – management training

يتعلم المرضى بادئ ذي بدء التدريب على الاسترخاء العام، والتخيل التعاملي مع المواقف هدف العلاج، وذلك كتقنيتين أساسيتين. ومن خلال اكتساب بعض القدرات من خلال هذا التعلم يتم تشجيعهم على توليد القلق، وإمعان النظر في الإحساس غير السار المصاحب للقلق، وبالتخيل السلبي، والأفكار الكارثية، وأي شيء من هذا القبيل الذي يولد مشاعر الانزعاج والقلق.

وبعد ذلك مباشرة يُطلب منهم القيام بفعل مضاد للقلق (أي توليد القلق ومن ثم إضعافه وإزالته، أي عملية تطعيمية ضد التوتر والقلق)، أي بالاسترخاء، والتركيز على احساسات الهدوء، وتخيل صور ومشاهد ساكنة هادئة، ومناهضة الأفكار الخاطئة، والتركيز على الأفكار المثيرة للاسترخاء والهدوء، والتفاؤل، وإثابة الذات، ومن خلال افتعال إثارة القلق ومن ثم معاكسته واطفاؤه يتعلم المتعالجون القدرة على السيطرة على الذات واكتساب مهارات الثقة بالذات.

---

(١) لمزيد من التفاصيل في أسلوب تطبيق هذه التقنية راجع كتاب: العلاج النفسي الذاتي بقوة التخيل: تأليف الدكتور محمد حجار. إصدار المركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب في الرياض.

٤ ـ التخيل الحر أو المقترن associated imagery

إن قيمة الانغماس في العمليات الفكرية المستمرة وتتبعها أكدها وليام جيمس في كتاباته «دفق اللاشعور»، كما تُعد هذه التقنية ركن العلاج النفسي التحليلي؛ أي التداعي أو الاقتران الحر Free association. غالباً ما نجد أن بعض المرضى تعتريهم احساسات مؤلمة غير سارة وانفعالات مزعجة لا يستطيعون تفسيرها. وهنا وبينما هم يخبرون عن هذه المشاعر والإحساسات المنافية المزعجة يُطلب منهم على التو التركيز **على أية صورة ذهنية تبرز في المخيلة أو الذهن، وتخيلها بحيوية بالقدر الممكن**. وقد تظهر صور ذهنية أخرى تحل محلها حيث يُطلب من المتعالج أن يتخيلها بالقدر الذي يستطيعه من الوضوح. وإذا ما لم تظهر صور أخرى بفعل هذا الاقتران والتداعي للصور المتلاحقة المقترنة (الواحدة تستدعي الأخرى بفعل الاقتران)، يُطلب من المتعالج أن يُضخم الصورة الذهنية الأصلية وكأن ذهنه أضحى عدسة مكبرة. وهنا يتم معاينة الأجزاء المختلفة من الصورة ذاتها وتركيز التخيل والتفكير عليها، إذ غالباً ما تفرز هذه الصورة بفعل هذا التركيز على أجزائها تخيل صور ذهنية أخرى يتم تتبعها. حيث في نهاية المطاف تتضح الصورة الذهنية لكل واحدة منها مثل تراصف قطع الموزاييك الذي يحدد معالم الصورة ويبرزها فيبلغ المتعالج عن الهامات ذاتية هامة.

٥ ـ التخيل التنفيري أو التكريهي aversive imagery

هذه التقنية معروفة ولها قصة تاريخية موغلة الزمن في العلاج السلوكي. إذ يتم قرن الأفكار غير السارة والمشاعر المزعجة بالسلوك غير المرغوب (مثلاً الكحولية، والانحرافات الجنسية، والشراهة نحو الطعام). وبدلاً من اللجوء إلى الأدوية المقيئة والصدمات الكهربائية المؤلمة من أجل إضعاف الاستجابة المراد إطفاؤها غير المرغوبة، وجد كثيرون أن استخدام الصور الذهنية المنفرة جداً وقرنها بالاستجابة المراد إضعافها يقوم مقام تلك الأدوية والصدمات الكهربائية التكريهية في كثير من الحالات. فمثلاً إن المرأة البدينة التي تغريها كثيراً مأكولات

الحلويات يمكن أن يوصف لها تخيل شخص تقيأ فوق طبق الحلوى، أو كعكة كاتو مليئة بالقشدة (الكريما) هدف العلاج التكريهي. أو أن لوطي الأولاد نطلب منه أن يتخيل أن يديه انتشرت فيهما تقرحات مليئة بالبثور النتنة، أو أن قضيبه تقرح ببثور عفنة عندما مس الولد جنسياً (إشراط منفر يقترن فيه الاتصال الجنسي بظهور أمراض جلدية) ثم انتشرت هذه البثور العفنة في جميع أجزاء بدنه بسرعة. ولكن تتراجع هذه الاضطرابات الجلدية المنفرة حالما يتوقف عن ممارسة اللواطة مع الأولاد[1].

٦ - التكرار السلوكي behavioral rehearsal

ويرادفه في التعبير العلمي لعب الدور ROLE PLAYING. فالأفراد غير القادرين على التصرف تصرفاً مناسباً في مواقف خاصة، أو أولئك الذين لا يستطيعون التعامل تعاملاً إيجابياً بتفاعلات اجتماعية نوعية، لا بد من أن يتعلموا مهارات الاتصال الاجتماعي وتكرار الأدوار التدريبية مثل الفنان أو الممثل الذي يلعب الدور الذي أسند إليه. ومثالنا على ذلك الرجل الذي يشعر أنه يستحق زيادة راتبة، ولكن شجاعته خانته في الإفصاح عن هذا الطلب إلى رب العمل. على المستوى النموذجي يبدأ المعالج بلعب دور رب العمل، بينما يُطلب من الموظف الرجل أن يلتمس رفع راتبه. يتم تسجيل الحوار القائم بين الاثنين في لعب الدور على شريط صوتي (والتسجيل المرئي أي الفيديو هو المفضل) بحيث أن كلا الطرفين المتحاورين اللذين يلعبان الدور يستطيعان تحليل المقابلة العلاجية. ومن ثم يتم تبادل الدور، المعالج يكون الموظف، والموظف هو رب العمل (المعالج) الذي يطلب زيادة الراتب. ويسير هذا العلاج في لعب الدور على هذا المنوال التبادلي في الأدوار إلى أن يكون الاثنان راضيين عن حسن الأداء والنتائج. ومن ثم يُطلب من الموظف أن يلعب هذا الدور ميدانياً كما يبدو في الواقع مع رئيسه (التمرين الحي الميداني).

---

(١) عالج مترجم هذا الكتاب لوطياً بهذه الطريقة التخيلية الإشراطية المنفرة فأعطت نتائج جيدة، بالإضافة إلى علاج الاضطرابات النفسية التحتية التي لها ضلع بهذا الانحراف الجنسي.

٧ - العلاج التثقيفي عن طريق قراءة الكتب bibliotherapy

إن الكتاب الجيد الذي يُسْتوعَب استيعاباً كاملاً من قبل القارئ فائدته أكثر من فائدة العديد من الجلسات العلاجية . هناك الكثير من الكتب المُبدعة ذات التعليم الذاتي الممكن أن تُستخدم ويوصى بها من قبل المعالج لزبونه من أجل تسهيل تقدم العلاج .

عندما يوصي المعالج بقراءة كتاب للزبون ، يتعين على الأول أن ينبه المتعالج الزبون إلى القراءة بدقة وإمعان. **إضافة إلى وضع علامات وخطوط تحت الأمور الهامة ، بل وحتى تلخيص الكتاب وكأن عليه أن يقدم فحصاً فيه .**

يتم مناقشة الزبون بمحتوى الكتاب خلال جلسة خاصة ليتأكد المعالج من مدى استفادة المريض منه من جهة، ولتوضيح نقاط غامضة به .

٨ - التغذية البيولوجية الراجعة Biofeed back

هناك أساليب متنوعة ترصد رصداً نموذجياً المجالات أو الجوانب النوعية للوظيفة الفيزيولوجية عند الفرد ، وتحولها إلى معلومات تدل على التبدلات البيو- فيزيولوجية والعصبية الطارئة على عضويته بفعل الحالة النفسية الراهنة . وهذه التبدلات الفيزيولوجية - العصبية - النفسية تكون إما بإشارات صوتية أو بصرية أو الاثنين معاً .

إن الهدف من استخدام أجهزة التغذية البيولوجية الراجعة الإلكترونية الحديثة هو إحداث التبدل المرغوب في الوظيفة الفيزيولوجية أو في الجملة العصبية الإعاشية Autonomic Nervous system .

لنفترض مثلاً أن فرداً يعاني من توتر مؤلم في فكيه . فاستخدام جهاز تخطيط العضل المسمى EMG من أجل إعطائه معلومات (تغذية راجعة) عن درجة التقلص العضلي في عضلات الفكين وذلك بوضع القطبين على عضلات الفك حيث يرصد الجهاز التبدلات الدقيقة الطارئة على نشاط التقلص العضلي، والتي يعكسها الجهاز إما بإشارات سمعية، أو بصرية ، فإن هذه المعلومات المعطاة للمريض ، بعد تعليمه كيفية إرخاء عضلات فكه وتوترها ، من شأن ذلك إضعاف

التوتر العضلي بهذا التفاعل القائم بين دلالات توتر العضل التي يعكسها الجهاز وبالجهد الذي يبذله المريض الاسترخائي لإضعاف هذا التوتر (عروة التغذية البيولوجية الراجعة Biofeed back loop) وبالتالي إضعاف الألم.

هناك العديد من أجهزة التغذية البيولوجية الراجعة التي تستخدم في ميدان تعديل موجات الدماغ، وسرعة ضربات القلب، والاستجابة الجلدية الغلفانية، وحرارة الجلد، وغير ذلك من الوظائف الفيزيولوجية[1].

٩ - التدريب على الاتصال الاجتماعي Communication Training

غالباً ما نجد أن مجتمعاتنا تقدم فرصاً قليلة للناس كيما يتعلموا كيف يشاركون أفكارهم وعواطفهم مع الآخرين. يتضمن التدريب على الاتصال بإيصال المهارات وتلقيها. عندما يتم التعبير عن الأفكار أو إيصال المشاعر والعواطف إلى الآخرين، فإن كثيراً من الناس يطرحون أفكارهم طرحاً غامضاً، ومبهماً، وأحياناً بطريقة متضاربة يصعب تتبعها. لذا، فمن أجل تحسين مهارات الاتصال يتعلم أهمية الاتصال البصري، ورفع الصوت، والتعبير بحركات الجسم وبالوضعية الجسمية التي يتخذها، واستخدام التعابير البسيطة الملموسة، وتجنب الذم والملاحظات المقرظة، والكلام الصريح وليس المناور المداهن، والتعابير اللطيفة.

إن المهارات المأخوذة جيداً تستدعي الإنصات الفعال، والشكر، وإثابة معطي الاتصال. ثم إن لعب الدور والتكرار السلوكي يلائمان بشكل خاص لتحسين وتطوير مهارات الاتصال.

١٠ - تعاقد التعويض الاقتراني (مكافأة إزاء استجابة ناجحة) Contingency Contracting

يوافق الزبون المتعالج على زيادة، أو إنقاص، أو الحفاظ على سلوك خاص مع فهم واضح. إن الإثابات ستعطى حالما ينجز الزبون بنود الاتفاق الجاري بين

(١) راجع كتاب: فن العلاج في الطب النفسي السلوكي: تأليف د. محمد حجار. لمزيد من المعلومات عن فن استخدام هذه الأجهزة، وتطبيقاتها العلاجية، وأنواعها، إصدار دار العلم للملايين.

المعالج والمتعالج، وأن النتائج السلبية ستطبق (وعادة تفرض ذاتياً) في حال خرق بنود التعاقد. وعلى هذا فالمرأة البدينة المفرطة الوزن التي تعاقدت كيما تظهر أمام الناس بدون القواطع الأمامية السنية الصنعية الكاذبة، إذا ما خرجت عن عاداتها الغذائية. (لكل نقص مقداره ٥ ليبرات في الوزن)، فإنها توافق على ترفيه ذاتها بأخذ حمام سونا ومساجات (مكافأة).

١١ - تصحيح المفاهيم الخاطئة Correcting misconceptions

غالباً ما يخفي المتعالجون المواقف الخاطئة حيال المجتمع، وعن بعض الناس وحتى عن أنفسهم. فالخرافات الجنسية منتشرة رغم عصرنا العلمي المضيء بالمعرفة، فوصف المعرفة والمعلومات هو جزء متكامل للعلاج النفسي، والعلاج النفسي كثقافة في العيش يتضمن إعطاء الزبون الحقائق وليس الخرافات، والتعامل الإيجابي مع متطلبات الحياة اليومية. ومن المعين والمفيد إذا ما تسلح معظم المعالجين بالحقائق الضرورية والوقائع. فالعلاج بالتثقيف الكتابي هو عنصر هام في تصحيح المفاهيم الخاطئة.

١٢ - معادلة أو نظرية A-B-C-D-E للعلّامة ألبرت أليس

أكد العلّامة النفساني المعروف البرت أليس ALBERT ELLIS في كثير من مؤلفاته وكتاباته أن الناس هم الذين يكربون ويزعجون أنفسهم بفعل جهاز معتقداتهم وتوقعاتهم. وأن المرضى هم الأنموذج في عزوٍ وإسناد اضطراباتهم وكربهم وتوتراتهم إلى المثيرات الخارجية أو الحوادث الخارجية المنشطة لجهاز المعتقد. وقد تعلم الناس أنهم عندما يشعرون بالاضطراب النفسي والانزعاج، فإنه من الأهمية بمكان أن يعاينوا معتقداتهم التي نرمز هنا إليها بالحرف B بدلاً من أن يلوموا الحوادث الخارجية، ويعزوا إليها أسباب اضطراباتهم (نرمز لتلك الحوادث بالحرف A). وأن هؤلاء المتعالجين نُظهر لهم أن الحوادث الخارجية (A) لا يترتب عنها آلياً نتائج سلوكية وانفعالية (نرمز للسلوك والعاطفة بالحرف C) ذلك أن هذه النتائج السلوكية والانفعالية هي من نتاج جهاز المعتقد وليس بفعل الحوادث الخارجية. فالمعتقد هو الذي يولد السلوك والانفعال من انزعاج واضطراب. ومن

خلال مناهضة المعتقد الخاطئ المسبب للاضطراب (ونرمز هنا إلى عملية التصحيح والتصويب والمناهضة بالحرف D)، فإن النتيجة (ونرمز إليها بالحرف E) تكون بإضعاف أو إزالة النتائج، أي تبديل السلوك والانفعال (أي C).

١٣ ـ التعرف على الشعور وتحديد كنهه feeling – Identification

يحتاج المرضى إلى عمليتين من أجل إيضاح مشاعرهم: العملية الأولى هي تحديد تعبيراتهم، والعملية الثانية؛ الكشف عن المجالات العاطفية. غالباً ما يستخدم الأفراد تعبيراتهم الخاصة لإيصال المعاني الخاصة، مثل القلق، والاكتئاب، ومشاعر الإثم، والغضب، وما إلى ذلك...

فمثلاً الذي يُعلن أنه مكتئب جداً ويستدل بعد ذلك يقلقه وذلك عندما يُسال عن انفعالاته، وإحساساته، وأفكاره، فهو ينكر بالاستعلام عن وجود أي شعور كرب، أو سوداوية، أو الميل إلى العزلة. فإن مفهوم الاكتئاب بالنسبة إليه يعني إثارة الجملة العصبية الإعاشية إثارة عالية. ففي كثير من الأحيان والحالات نجد أن تحديد الشعور وهويته ونوعه يتركز ويتمحور حول كشف الجانب العاطفي عند المريض من أجل التعرف على المشاعر المهمة التي قد تكون غامضة خفية، أو سيئة التوجيه، وأن الطرق المختلفة للتعرف على الشعور كانت الأساس في العلاج النفسي التقليدي منذ ظهوره.

١٤ ـ تركيز الانتباه focusing

وهذه تقنية استبطانية ابتدعها العّلامة يوجين جندلين. عندما يكون المتعالج في حالة مسترخية وهادئة، فإنه يُشجَّع على أن يدخل (أو يلج) المزاج التأملي، وبلطف يعاين أفكاره التلقائية التي ترد إلى ذهنه وأيضاً مشاعره إلى أن يبرز في ساحة وعيه شعور وبعد عدة دقائق من تركيز الانتباه على هذا الشعور يُطلب من المتعالج أن يحاول استخلاص شيء جديد من الإحساسات، والصور الذهنية، والانفعالات. ومن تحول الاهتمام من الكلام والتفكير عن المشكلات إلى تعبيراتها البدنية المستشعر بها، فإن المتعالج غالباً ما يكون قادراً على الإحاطة بالعوائق المعرفية، وتكون النتيجة أن المادة المهمة قد تبرز إلى النور. إن تمارين تركيز الانتباه نحو الداخل لها خاصية إزالة التحسس في كثير من الحالات.

١٥ ـ تدريب خلق الصداقة

إن هذا يتداخل في التدريب على الاتصال، ومع المهارات الاجتماعية والتدريب على تأكيد الذات، ومع ذلك فله العديد من العناصر التمييزية.

قد يبدو الأمر مبتذلاً للتأكيد أن الصداقة يمكن التنبؤ بها بالمشاركة والرعاية، والكياسة والمحبة، وبالاهتمام، والمكاشفة عن الذات، وبالأخذ والعطاء، وبالتعزيز الإيجابي، وبالجهد التنافسي، وبتعظيم الذات، الأمور التي تدمر الصداقة أو تثريها وتغنيها.

عندما تتم مراقبة سلوك الكثير من الناس، فإن الفرد تنتابه الحيرة لماذا هذه الحقائق الموضحة للذات تبدو متجاهلة جداً، ولماذا الناس الذين يهملونها ويتجاهلونها يتخبطون بعزلتهم الاجتماعية.

ففي عملية التدريب على كسب الصداقة، نرى فرداً يتعرف على التفاعلات الاجتماعية ويناقشها والتي تشكل التفاعلات العاطفية حيث يتم حفز الفرد على وضعها موضع التنفيذ.. فقضية تكرار السلوك تبدو غالباً مفيدة من حيث مساعدة المتعالجين على إنجاز هذه الأهداف.

١٦ ـ تكرار الهدف أو التخيل التعاملي الإيجابي

يميل معظم الناس إلى تكرار واجترار الحوادث المرجوة في عقولهم، ولكن في موضوع تكرار الهدف يتضمن تخيلاً إرادياً وتاماً لكل خطوة من الإجراء. والأساس المنطقي هنا هو أن تخيل الذات إرادياً وهي تتعامل إيجابياً مع الموقف من شأن ذلك إغناء عملية تحويل التعامل إلى الحوادث الحية الواقعية تماماً مثل حال التعريض التخيلي لموقف مثير للخوف، فإن هذا التعريض التخيلي المتكرر الذي في نهاية المطاف يضعف الخوف من الموقف نراه وقد انتقل إلى الموقف الحي الحياتي الواقعي المثير للخوف.

نقول للمتعالجين التالي: «إذا ما مارستم شيئاً تخيلياً، فإن هذه الممارسة ترتبط بالتأثير المماثل على الموقف كما يبدو واقعياً). فالفرد الذي يخاف ويكره المشافي ولكنه يرغب في زيارة صديق له في المستشفى، نطلب منه أن يتخيل مشهد المستشفى تخيلاً حياً بكل مشاعره السلبية نحو المستشفى (الموقف).

يتخيل نفسه وهي تتعامل معه وبشعور يعطي الدعم لصديقه المريض. فهذا التوقع الواقعي يمكنه أن يخبر الحدث الواقعي (المستشفى) بانزعاج ضئيل.

١٧ ـ التقربات الجنسية المتدرجة

ينصح كثير من النسوة والرجال الذين (اللاتي) لديهم اضطرابات جنسية قلقية (قلق جنسي) بالانخراط في اللعب الجنسي والحسي فقط إلى أن تتأجج مشاعر اللذة وتبلغ ذروتها. ويتعين عليهم ألا يتابعوا الوصول إلى النقطة التي تبرز فيها مشاعر القلق. ومن خلال الاستمرار في الاستمتاع الحسي sensual الذي يطغى على القلق، فإن الفرد يسهل، ويفتح الطريق أمام ظهور مستويات أعلى من الإثارة الجنسية في كل مضاجعة جنسية، وخطوة بخطوة، وما أن يتراجع القلق، فإن درجات أعلى من الألفة تصبح ممكنة بحيث أن الجماع الجنسي برمته يصبح غير ملجوم ولا مثبط ومنطلقاً نحو بلوغ الطرفين ذروة المتعة الجنسية.

١٨ـ التنويم

إن الناس الذين يلجؤون إلى العلاج وينخرطون فيه ويعتقدون أن التنويم من شأنه أن يسهل تقدمهم العلاجي، غالباً ما تكون لديهم نبوءة الإنجاز الذاتي المتأصلة في نفوسهم بأن التنويم يجب أن يكون جزءاً من العلاج. فمن المفيد أن نتعلم طرقاً عديدة لإثارة الغشي واستحداثه Trance وذلك من أجل الانزلاق بدون جهد من طريقة إلى أخرى وبذلك تكبر حظوظ النجاح مع الحالات الفردية.

إن معظم تقنيات استثارة التنويم تتضمن التثبيت الحسي sensory fixation (أي تثبيت النظر في نقطة واقعة في سقف الغرفة) وفي الوقت نفسه يُسمع المنوَّم عبارات متكررة نمطية مثل (نعسان ومسترخ) (تشعر بالثقل والنعاس) (لمزيد من المعلومات يمكن للقارئ الرجوع إلى تقنيات التنويم السريري الإكلينيكي - للعلّامة Erickson.

ومن المعلوم أن التنويم الإكلينيكي هو في ذات الأمر استرخاء عميق.

١٩ ـ تقنية التأمل meditation

هناك العديد من التقنيات التأملية، إلا أن الطريقة الأكثر استخداماً وانتشاراً هي التالية: الجلوس على الكرسي، الاسترخاء، وتدريجياً إغلاق العينين، وترديد

بصوت داخلي الكلمة المعروفة «مانترا Mantra» مراراً وتكراراً.

إن التعابير البوذية السانسكريتية (الهندية) هي المستخدمة غالباً لأهداف عملية، يمكن لممارس تقنية التأمل أن يفكر ويركز انتباهه على كلمة (داخل IN) في كل نَفَس وكلمة (خارجOUT) عند الزفير وتتكرر في العملية التنفسية بين شهيق وزفير. وعندما يجول التفكير بالكلمتين: داخل - خارج مراراً وتكراراً، يتعين على منفذ التأمل الاستمرار في تخيل الكلمتين (داخل، خارج).

بعض المتأملين يفيدون أن ممارسة التأمل **تخفف التوتر الواضح**، ويخفض **ضغط الدم**، وتنتج الهدوء والسكينة في النفس.

عدا أولئك الذين ينصحون بتخصيص ٢٠ دقيقة مرتين يومياً في ممارسة التأمل، فقد برهنت الممارسات السريرية (الإكلينيكية) أن بعض الناس يستفيدون كثيراً من مدة أقل من ٢٠ دقيقة. إذ أن بعضهم يحصل على الفائدة القصوى من التأملات القصيرة المدة، أي جلسات تأملية مدتها ٢-٣ دقائق تكرر عدة مرات يومياً.

٢٠ - الأنموذج Modeling

يتضمن الأنموذج معنى التعلم عن طريق الملاحظة. فالمعالج نفسه يكون أنموذجاً، أو أنه يقدم أنموذج الدور لسلوك معين يتعين على المتعالج أن يقلده ويحاكيه. فمثلاً يطلب المعالج من المتعالج أن يصحبه إلى مخزن بيع أو بقالية كيما يلاحظ المتعالج الطريقة التي يتبعها المعالج في إعادة سلعة غير جيدة اشتراها من صاحب المخزن (التدريب على تأكيد الذات من خلال ملاحظة ومحاكاة أنموذج). وبعض الناس (وبخاصة في العلاج الجماعي) يستجيبون استجابة أفضل إلى أنموذج من السن نفسه وتقليده.

٢١ - عدم التعزيز Non reinforcement

كثير من المشكلات تُخلَّد وتظل قائمة بفعل الانتباه (التعزيز الاجتماعي) الصادر عن الناس الآخرين. مثالنا على ذلك الأم التي دوماً تعبر عن قلقها من أي وعكة أو شكوى صحية تصيب ابنتها. فمثل هذا الاهتمام المستمر يعزز عند البنت القلق عندما تصاب حتى بالصداع.

ومن خلال عدم الإثابة أو تعزيز المشكلة، فإن المعالج أو الأفراد الآخرين الذين يحيطون بالمريض يسهلون إطفاء المشكلة. وفي مثالنا الذي ضربناه أن عدم اهتمام الأم المفرط بالوعكة الصحية التي تلم بابنتها من شأن ذلك إضعاف قلق الأخيرة من أعراض مرضها.

وإن القول المأثور الجوهري هو أن التعزيز الإيجابي، وعدم التعزيز هما الآليتان الجوهريتان في تعلم العادة وتشكلها.

٢٢- الاستراتيجيات النقيضية Paradoxical strategies

استخدمت طرق لا تحصى نقيضية في العلاج النفسي. إلا أن هناك طريقتين أكثر شيوعاً هما وصف العَرَض (أي أن المريض بالعصاب القهري الوسواسي يُطلب منه زيادة سلوكياته الطقوسية الجبرية أو فحصه لكشف حسابي مراراً وتكراراً إذا كان هذا هو وسواسه). وحرمان نفسه من تلبية رغبة (الرجل الذي يشكو من صعوبة في الانتعاظ- انتصاب القضيب- يطلب منه المعالج ألاّ يمارس الجماع الجنسي ويستمر فقط في مداعبة زوجته إلى أن يتلقى أمراً بممارسة الجماع من المعالج). ففي تحدي مثل هذه الاضطرابات نجد أن المريض المصاب بالسلوك القهري يتناقص هذا السلوك، والمضطرب جنسياً قد ينخرط في الجماع الجنسي.

٢٣- التخيل الإيجابي Positive imagery

إن تخيل أي مشهد سار سواءً أكان حقيقة أم ابتدعه الخيال هذا التخيل له فوائد كثيرة. فهو مضعف للتوتر، ومثبط للقلق ويُثري المتعة المباشرة. ثم إن التخيل الإيجابي يستطيع أن يلعب دوراً هاماً. فقوة التخيل الذهني الإيجابي لشفاء مرض بدني أخذت تشد الأنظار اليوم في الأوساط العلمية. فالتخيل الإيجابي يستطيع أن يساعد الفرد كي يتعامل تعاملاً إيجابياً مع الألم.

كما أنه، أي التخيل الإيجابي، يثير الشعور بالتفاؤل وأيضاً، يناهض الملل والسأم والضجر (لازاروس، سينجر ١٩٨٠).

٢٤ـ التعزيز الإيجابي Positive Reinforcement

إن ملاحظة السلوك هي غالباً ما تكون وظيفة لنتائجه، وتشير هذه الملاحظة أيضاً إلى الحقيقة الأساسية حيث أن المنبهات السارة أو المُثابة (المعززة إيجابياً) من شأنها أن تقوي الاستجابة.

ففي العلاج النفسي، يكون التعزيز الإيجابي مسألة اجتماعية ويُطرح بشكل اطراء، ومديح، أو تقدير، وتشجيع. ثم إن الأشياء المادية مثل الطعام، والمال هما أيضاً معززات إيجابية، وبخاصة في التعامل مع الأولاد والمراهقين. ثم إن استخدام «الفِيشَ والأشياء الرمزية» التي يتم تبادلها بالعديد من المعززات المتفق عليها مع المتعالج في مواضيع عقدية علاجية كثيراً ما تكون وسيلة تعزيز هامة.

٢٥ـ حل المشكلات Problem - Solving

إن معظم مواقف حل المشكلة تستدعي القليل من المنطق والتقدم العلمي. وغالباً ما يستحيل الوصول إلى حلول بدون خلق أو توليد افتراضات مقبولة عملية تَضْعُف وتقوى من خلال جمع المعلومات الملائمة.

إن المتعالجين الذين لا يطبقون هذه المبادئ الأساسية وإن كانت أولية على مشكلاتهم المستمرة يواجهون الارتباك والشعور بالهزيمة.

وحيث أن معظم الناس يفتشون عن التنبؤ عن سير الحوادث والسيطرة عليها التي تطفو على حياتهم، فلعلهم يجدون ضالتهم المنشودة في اللجوء إلى المنهج العلمي وليس بالتماس الخرافة والتكهنات والأخذ بالحظوظ والصدف. ومن خلال الأخذ بملاحظة الأنموذج Modeling والتعليم، والاقتداء بالمثال، فإن المعالج يُمكّن زبائنه المتعالجين من تطبيق الأسس العلمية لإيجاد حلول لمشكلاتهم.

٢٦ـ التسجيل والمراقبة الذاتية Recording and self - monitoring

إن التبديل الموجه ذاتياً غالباً ما يعتمد على رغبة الزبون المتعالج في الانخراط بالرصد أو التسجيل المنهجي، وتنظيم البيانات واللوائح، وتحديد عدد السلوكيات

الهدف. فمثلاً الشخص الذي وُضع على برنامج صحي لتخفيض الوزن الذي يحسب بدقة عدد السعيرات (الحريرات) التي يتناولها يومياً عنده حظ أكبر بتحقيق انخفاض الوزن المطلوب من ذلك الشخص الذي لا يرصد سعيرات تغذيته، فإمساك السجل والرصد يمنحان الفرد سيطرة أكبر على ذاته. وقل الشيء نفسه في رصد المواقف التي تثير عند الفرد التوتر، والأحاديث مع الذات السلبية أساس العلاج العقلاني - الانفعالي - وتصحيح الاضطراب النفسي والسلوكي.

٢٧ ـ التدريب على الاسترخاء

إن الاسترخاء العضلي العميق هو أكثر من راحة بدنية، وينتج مشاعر هادئة عميقة عند الكثير من الناس.

هناك نوعان رئيسان من الاسترخاء: الاسترخاء الكلي أو العام، والاسترخاء التفريقي. فالاسترخاء العام يتم تنفيذه بالاستلقاء على فراش مريح، أو بالجلوس على مقعد عريض يسند الظهر واليدين والرقبة. (يوجد أشكال عديدة من التدريب على الاسترخاء الكلي. وإن الشكل الأكثر فعالية هو توتير العضل ومن ثم أرخاؤه بصورة متناوبة وذلك لمجموعة العضلات الرئيسية، في الجبهة، وما حول العينين، والفكين، والبلعوم، والرقبة، والكتفين، واليدين، والصدر، وأعلى الظهر، وأسفل الظهر، والبطن، والفخذين، والردفين، والساقين، والقدمين. وهناك أشرطة صوتية لتعليم التدريب على الاسترخاء المذكور يستطيع استعمالها الراغب في التدريب على الاسترخاء بنفسه)[١].

أما الاسترخاء التفريقي فهو الاسترخاء المتعمد الذي يستهدف تلك العضلات التي لا تستخدم أثناء أداء النشاطات المختلفة. ففي أثناء الوقوف من الممكن إرخاء عضلات الوجه والكتفين، والساعدين، والصدر، والبطن، والردفين، وعضلات الظهر. وعندما يتم التدريب على الاسترخاء التفريقي، يلاحظ المرء أنه حينما يكتب أو يجلس فلا داعي لأن تكون عضلات فكيه متوترة، ولا كتفيه أو رقبته أو صدره. وإن إرخاء العضلات المتوترة إرادياً والتنفس البطني في إيقاع بطيء ومنتظم من شأن ذلك استثارة حس الهدوء والسكينة.

---

(١) يوجد شريط باللغة العربية لهذا الغرض من إعداد الدكتور محمد حجار ويمكن طلبه بالاتصال بصندوق بريد: دمشق ص.ب ١١٣٥١.

٢٨ ـ التدريب على التعليم الذاتي self – instruction training

من الثابت والذي لا نقاش فيه أن ما نفكر فيه ونتخيله يؤثر على الطريقة التي نشعر بها ونتصرف بفعلها. فمدركاتنا، وتقييماتنا، وتوقعاتها تقرر وتحدد مسلك عمليات تنظيم ذواتنا. فالكثير من الكتابات للعلّامة ألبرت أليس والدراسات التجريبية للعلّامة ميخانبوم (١٩٧٧) أظهرت أن أحاديث الذات السلبية (التقليل من قيمة الذات) هي المسؤولة عن مشاعر الفشل عند كثير من الناس، وأيضاً عن ردود فعل القلق.

في حين أن الاستعمال الإرادي للأحاديث مع الذات الإيجابية تسهل إلى حد كبير التعامل الناجح التكيفي مع الذات والآخرين. فمثلاً، بدلاً من القلق التوقعي حيال الأحداث القادمة، يعلم المتعالج الزبون التعليم الذاتي التالي التتابعي:

«سأعد خطة بكيفية التعامل بدلاً من الركون إلى قلق لا طائل منه. سأتعامل مع الموقف بخطوة واحدة في كل مرة. فإذا ما أصبحت قلقاً سأتوقف وآخذ عدة تنفسات بطيئة. لا يستوجب عليَّ إزالة جميع جوانب الخوف، ولكن سأجعله قابلاً للتدبر. سأركز على ما يتعين عليَّ أن أفعله، فعندما **أسيطر على أفكاري أستطيع السيطرة على خوفي**. سيكون الأمر أكثر سهولة في كل مرة أفعل ذلك». فالطريقة التي أفكر بها تنتج الطريقة التي أشعر بها، هذا ومن خلال التأثير المباشر من جانب المتعالج **لتبديل ما يقوله لنفسه**، حينئذ يتم **كسر الارتباط الهام** لسلسلة المشاعر السلبية والإحساس المتمثلة في الخوف، والغضب، والألم، ومشاعر الإثم.

٢٩ ـ التدريب على تركيز الإحساس Sensate focus training

وهي تسمية ابتدعها كل من ماسترز وجونسون (١٩٧٠) وتشير إلى المسرة الحسية وليس المسرة الجنسية عند الزوجين. وتتضمن هذه المسرة الإثارة اللمسية، والمساج، واللمس، والمداعبة لكل جزء من أجزاء البدن بحيث أن الذي يتلقى هذه المنبهات يتمتع بالاستثارة واللذة شريطة أن يتجنب المداعب الفاعل الاقتراب من الأعضاء التناسلية والثديين للمرأة. فالإثارة الجنسية في هذه المرحلة غير مرغوبة. توصف هذه التقنية، أي تركيز الإحساس عند الزوجين اللذين يشكوان من سوء الوظيفة الجنسية من أجل تحقيق بدئياً الألفة البدنية، والمسرة، وإزالة الفوارق والحدود الجنسية بينهما بدون الرزوح تحت ضواغط الأداء الجنسي الإلزامي أو توقعات تنفيذ هذا الأداء.

يعمل الطرفان الشريكان على تحديد تركيز الإحساس وفقاً لرغباتهم المتبادلة.

٣٠ ـ المهارات الاجتماعية والتدريب على تأكيد الذات

Social skills and assertiveness training

يحتاج الكثير من الناس كيما يتعلموا كيفية التصدي لنيل حقوقهم الشخصية، ولكيفية التعبير عن أفكارهم، وعن مشاعرهم ومعتقداتهم وذلك في طريقة **لائقة، ومهذبة، وشريفة، ومباشرة بدون العبث بحقوق الآخرين الشخصية وكرامتهم والتهجم عليها**.

إن جوهر سلوك تأكيد الذات يتلخص في أربعة نماذج سلوكية جوهرية نوعيه أساسية هي:

أ - القدرة على أن يقول الفرد كلمة (لا) عندما يشعر بذلك.

ب - القدرة على القول والتعبير عن مشاعره السلبية التي تزعجه ومصارحة الناس الذين يخلقون عنده هذه المشاعر بمجاهرتهم بها.

ج - القدرة والتصميم على البدء بالمناقشات والاستمرار بها وإنهاؤها عند الاجتماع بالناس والإسهام والمشاركة بتلك المناقشات الدائرة بينهم لا أن يلتزم السكوت ويخاف الكلام والنقاش.

إن تقنية التكرار السلوكي (التي شرحناها) وتقنية محاكاة الأنموذج Modeling (التي أيضاً شرحناها) هما تقنيتان أساسيتان لتعلم المهارات الاجتماعية واكتساب سلوكيات تأكيد الذات.

ولا بد من التأكيد أنه بالإضافة إلى **السلوكيات المناسبة، الملائمة اجتماعياً في التعبير عن الغضب**، فإن التدريب على المهارات الاجتماعية يتركز في التعبير المباشر الصريح عن الحب، والتقدير، والعاطفة وغيرها من المشاعر الإيجابية.

٣١ ـ ضبط المنبه Stimulus - Control

إن وجود بعض المنبهات من شأنه زيادة تكرار بعض السلوكيات. فمثلاً إن وفرة الأطعمة اللذيذة تزيد من الأكل والإقبال على الطعام. والرجل الذي يرغب في إنقاص وزنه يستطيع التمرن على (ضبط المنبه) من خلال عدم جلب الحلويات إلى بيته. كما أن الفرد الراغب في ضبط سلوكه التدخيني لا يشعل لفافة تبغ إلا تحت شروط منبه

معين (مثلاً عندما يجلس على مقعد في مكان ما، وبوجود صحن سجائر خاص).

وإن أولئك الذين يرغبون في استخدام ضبط المنبه من أجل زيادة سلوكيات معينة في مقدورهم تنظيم المنبهات أو المثيرات Cues البيئية كيما تثير بدورها الاستجابات المرغوبة. فمثلاً طالب الكلية الراغب في المزيد من الدراسة يستطيع تنظيم طاولة دراسته بحيث تحجب المنبهات المشتتة للانتباه فيجلس على طاولة الدراسة فقط عندما يدرس وليس عندما يستمع إلى شريط صوتي مسجل أو التكلم مع أصدقائه. وهكذا، بجلوسه على الطاولة فإن من شأنه أن يثير الشروط للدراسة.

٣٢ ـ التعريض المنهجي Systematic Exposure

إن الامتناع عن الإقدام على مجازفة انفعالية، وتجنب مواقف مخيفة أو غير سارة، هما السمتان الأكثر شيوعاً عند الأفراد المضطربين.

يتم تشجيع وحفز المرضى، خطوة بخطوة، على تعريض أنفسهم للمواقف الباعثة على الخوف.

وحسب نوعية حاجات المريض وتفضيلاته يلجأ المعالج أو معاونه إلى اصطحاب المريض إلى المواقف الحية الباعثة للخوف. في بادئ الأمر يستخدم المريض تقنية التخيل التعاملي (التعريض الذاتي التخيلي للموقف المثير للخوف) أو تكرار الهدف (أي التدرب الذاتي السلوكي التعريضي) لتسهيل التعريض الواقعي الحياتي للمواقف غير السارة، هناك الكثير من التقنيات الأخرى التي تحقق الأهداف التعريضية المنهجية مثل؛ محاكاة الأنموذج، والتخيل الإيجابي، والاسترخاء التفريقي، والتدريب على التعليم الذاتي.

٣٣ ـ تقنية الكرسي الفارغ Empty Chair

على المستوى المثالي، يجلس المتعالج بمواجهة (أمام) كرسي فارغ يتخيل أنه مشغول من قبل أحد الناس المهمين (الأب، الأخ، القريب، الصديق، رب العمل.. الخ). فالفرد الوهمي المُتخيل قد يكون شخصاً ميتاً أو غيره. يبدأ المتعالج باتهام، أو بالهجوم على الشخص المُخيل أو بالصفح عنه أو بالطلب منه شيئاً ما. ومن ثم يتم

تبادل الدور، يصبح المتعالج الشخص المُخيل الجالس على الكرسي الفارغ الذي يوجه الملاحظات إلى الكرسي الذي شغله المتعالج. بعدها يبدل المتعالج الكرسي ويصبح ذاته ويستمر في الحديث. فمن خلال الانتقال من الكرسي إلى الكرسي الآخر، أي افتراض وجود شخص مهم يحاوره يتم الوصول إلى بعض الحلول.

أما دور المعالج هنا فيكون بتقديم تلقينات في أثناء لعب المتعالج أحد الدورين مثلاً كأن يقول المعالج له: «قل لها عن الوقت الذي كنت تبكي فيه في غرفة النوم» أو «اطلب منها أن تخبرك بدقة كيف تريد منك أن تكون استجاباتك» «هل تعتقد أنها تقول لك الحقيقة؟» «لماذا لا تشير أنها على الأقل طرحت ثلاثة افتراضات خاطئة؟»

إن مثل هذا الأسلوب يزود المتعالج بالاستبصارات التشخيصية وأيضاً بطيف من التأثيرات العلاجية. تنفع هذه التقنية بخاصة في السماح للمريض بتقدير وجهة نظر الشخص الآخر وتفهمها.

٣٤ ـ تقنية مضاعفة توقع الأمر السيئ The step up technique

كثير من الناس يعيشون قلق توقع حوادث مستقبلية قادمة مثل التكلم أمام الناس (الخوف من هذا الموقف)، ومقابلة توظيف، وحفلة عشاء، وإلى ما هناك من مخاوف بيشخصية أو اجتماعية. إن تقنية مضاعفة توقع الأمر السيئ تحتوي على تخيل الشيء الأسوأ الذي يمكن أن يحدث ومن ثم تصور الذات وهي تتعامل بإيجابية مع ذلك الموقف، وتحديه، والتعايش مع أسوأ النتائج. وما أن يتخيل المرء بنجاح ذاته تتعامل مع الرعب غير المتوقف تخيلياً، **فإن القلق التوقعي من شأنه أن يخف ويضعف ويتراجع**. وعندما يقع الحادث المقلق المتوقع، فإنه لا يفرز ولا ينتج إلا التهديد القليل الضعيف.

إن الحالات الصعبة تتطلب التأثيرات القوية في تدريب تعليم الذات والاستراتيجيات الأخرى.

٣٥ ـ التدريب على رفع العتبة Threshold Training

يُعد هذا التدريب شائعاً في علاج دفق المني المبكر Rapid ejaculation أو السريع. تعمد المرأة إلى إثارة قضيب الرجل بيدها. وعندما يشعر أنه اقترب من عتبة

الدفق يطلب منها أن توقف اللعب بالقضيب أو أن ترفع يدها عن قضيبه إلى أن يزول الإحساس بقرب الدفق. بعد ذلك تعاود الكرة وتثير قضيبه ويوقف هو هذه الإثارة عند اقترابه من الدفق. ومن خلال هذه الإثارة وإيقافها بصورة دورية ومتكررة غالباً ما ترتفع عتبة الدفق وتزداد المدة الفاصلة بين الإثارة المستمرة والوصول إلى عتبة الدفق.

في المرحلة الثانية؛ استخدام مادة مزيتة (كريم مرهم) يدهن بها القضيب وتكرر العملية السابقة التي ذكرناها. بعد تدريب من هذا القبيل عشر جلسات ولمدة ثلاثة أسابيع، نجد أن كثيراً من الأفراد الذين يشتكون من سرعة الدفق قد ارتفعت عندهم عتبة الدفق، وأصبحوا قادرين على إدخال القضيب في المهبل، وسحبه حالما يشعرون بالاقتراب من الدفق. وما أن يزول هذا الإحساس حتى يعاودوا عملية الجماع، ويسحبون القضيب قبل حدوث الدفق وهكذا يكررون هذه العملية. فبعد عدة أسابيع كثير منهم يصبحون قادرين على تأخير الدفق وإطالة مدة الجماع الجنسي.

٣٦ ـ الاتصال المحدد بوقت Time – limited intercommunication

تستخدم هذه التقنية رئيسياً لعلاج الخصام الزوجي.

على الزوجين تعيين على الأقل ثلاثة مواعيد منفصلة مدة كل موعد ساعة واحدة كل أسبوع لإجراء اتصالات تقنية موصوفة. بالقرعة يتم تحديد الشخص الذي يفتح الحديث، يتكلم هو والآخر يسمع. يحدد وقت كلامه بساعة منبه لمدة خمس دقائق فقط. في هذا الوقت المخصص له يتكلم ما شاء أن يتكلم. لا يقاطعه الثاني بل يلتزم السكوت والإنصات له، أو أنه، أي المستمع، يسجل ملاحظاته كيما يرد عندما يحين دوره في الكلام ولا يسمح له أبداً بالرد على كلام وحديث المتكلم خلال هذه المدة المحددة بخمس دقائق. تنتهي المدة بطنين ساعة المنبه. هنا يتوقف المتكلم عن الكلام ويصبح مستمعاً منصتاً، بينما يأتي دور الثاني في الكلام أيضاً لمدة خمس دقائق.

لكل شخص من الشخصين ست جولات كلام؛ كل جولة مدتها خمس دقائق. وست أخرى يكون فيها مستمعاً. في نهاية الساعة المخصصة لهذه الجلسة يتوقف الطرفان عن الاتصال نهائياً، فلا يعاودان الكرة إلا في الجلسة المقبلة المحددة.

إن هؤلاء الذين يتقيدون تقيداً تاماً بنظام هذا الاتصال حسبما وصفناه يرونها طريقة فعالة ومجدية في تحقيق مستويات متساوية متعادلة من التفاهم والاتصال

خلال مدة أسبوعين أو ثلاثة أسابيع. هناك بعض الأزواج يجدون صعوبة في التحمل والصبر مدة ساعة في كل جلسة، حيث هنا يمكن تعديل الزمن بالاتفاق بينهما.

٣٧ ـ تقنية الإسقاط الزمني (نحو الأمام وإلى الوراء)

Time Projection (forward and backward)

الأفراد الذين لديهم قدرة تخيلية قوية يستطيعون تخيل ذواتهم وهم يعودون بذاكرتهم إلى الماضي والمستقبل. وإن بعض هؤلاء يجدون الراحة الكبيرة بعد إعادة إحياء ذكريات وحوادث الماضي السعيدة. ومن خلال المسيرة لعدة أشهر مستقبلاً وتصور الذات تضيف حوادث سارة إلى حياتهم اليومية، فإن الأفراد المكتئبين خاصة يشعرون بتضاؤل مشاعر الكرب والاكتئاب.

إن المعالج الذي لديه قدرة إبداعية تخيلية يفكر بطرق كثيرة كيما يستغل هذه التقنية علاجياً عند بعض الأفراد من ذوي القدرات التخيلية القوية.

٣٨ ـ إيقاف الفكرة Thought - Stopping

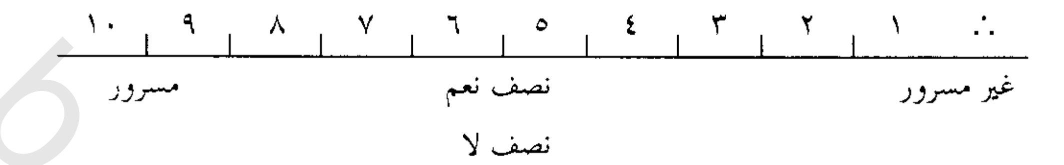
هذه تقنية بسيطة ولكنها فعالة أحياناً في مناهضة بعض الأفكار الدخيلة الوسواسية.

يُطلب من المتعالج حالما تطوف بذهنه الفكرة الوسواسية المزعجة أن يكلم ذاته بحزم وبصوت خافت بأن يقول لها: قف. ويكرر هذه الكلمة مراراً وتكراراً كلما ولجت الفكرة الوسواسية ثانية في ذهنه. وفي الوقت نفسه عليه أن يشتت انتباهه بشغل ذهنه في موضوع آخر يختاره ويحبه. أحياناً يُطلب من المتعالج عندما يأمر نفسه بكلمة: قف، أن يتخيل قف بضياء لون النيون الأبيض (قرن كلمة قف بتخيلها مضاءة بالنيون – اشتراط اقتراني). هناك طريقة أخرى تقترن بها كلمة قف، بلسع الفرد يده بقوة بمطاطة موجودة في معصمه.

لقد استخدمت (الكلام لمترجم الكتاب) هذه التقنية بنجاح في حالات كثيرة من أفكار وسواسية طلبت من المتعالجين المثابرة على إيقاف الفكرة الوسواسية مع لسعة مؤلمة بمطاط موجود في المعصم، إضافة إلى الانهماك في حفظ الشعر (عند بعض المهتمين بالشعر) أو بقراءة سورة من القرآن الكريم (عند المتدينين مع حفظها) – تشتيت الذهن وإشغاله من أجل إضعاف الحلقة الفكرية الإشراطية لتكرار ورود الفكرة الوسواسية –.

الملحق رقم (٣)

استبيان الرضى الزوجي



بعد كل سؤال من الأسئلة التالية اكتب الرقم وفق السلم أعلاه الأكثر ملاءمة وقُرباً لمشاعرك الحالية الخاصة بزواجك أو نحو زوجك (زوجتك)

أنا :

(١)مسرور (مسرورة) بالمقدار الذي نتكلمه مع بعضنا البعض.

(٢)سعيد (سعيدة) مع الأصدقاء الذين نشترك بصحبتهم

(٣)راض (راضية) بحياتنا الجنسية

(٤)في الاتفاق على الوقت الذي نخصصه في العمل وفي البيت

(٥)في الاتفاق بالطريقة التي نصرف بها أموالنا

(٦)مسرور (مسرورة) بنوعية أبويك (إذا لم يكن هناك أطفال هل أنت مسرور (مسرورة) بالتخطيط المتبادل بالإنجاب أو عدم الإنجاب في الوقت الحاضر).

(٧)ما رأيك بنوعية أصدقائي

(٨)مسرور (مسرورة) بالوقت الفارغ الذي نقضيه معاً (النزهات الرياضة ...الخ)

(٩)في اتفاق مع نظرتك نحو الحياة (أي القيم، والمواقف، والمعتقدات الدينية، والسياسة ... . الخ).

(١٠)عموماً مسرور (مسرورة) بالطريقة التي تتعامل بواسطتها مع أفراد أسرتك (الأبوان، الاخوة، والأخوات... . الخ)

(١١)مسرورة بالطريقة التي تتعامل بواسطتها مع أفراد أسرتي (الأبوان، الاخوة، الأخوات...الخ)

(١٢)مسرورة (مسرور) بعاداتك عموماً، وبسلوكياتك وبمظهرك العام.

عليك أن تجمع الدرجات التي حصلت عليها بعد الإجابات فإذا كان متوسط الدرجات ٨٤ وأكثر فأنت في خط جيد جداً بزواجك. وإذا كانت الدرجة بين ٧٢-٨٣ فهي تعكس مشاعر تفاعلات زوجية مُرضية إلى جيدة. والدرجة دون ٦٠ تشير إلى رضى زوجي سيئ.

الملحق رقم (٤)

اختبار البروفيل التركيبي

في الفراغ الذي يلي كلا من البنود التالية، نرجو كتابة الرقم الذي تراه أكثر تعبيراً عن رأيك وفق السلم التالي:

أرفض بشدة	أرفض بشدة متوسطة	أرفض بشدة خفيفة	حيادي	موافق ضعيف	موافق وسط	موافق بشدة
١	٢	٣	٤	٥	٦	٧

الاسم:

(١) ... . أميل إلى تخطيط الأشياء التي أفكر بها كثيراً.

(٢) ... . غالباً ما أتخيل المواقف في صور.

(٣) ... ... في صنع القرار غالباً ما أترك مشاعري وعواطفي تقرر ما يجب عليّ فعله.

(٤) ... ... أنا في صحة ممتازة جداً.

(٥) ... ... في مقدوري تشكيل صور ذهنية واضحة.

(٦) ... ... نلت راحة واسترخاء كافيين.

(٧) ... ... أود أن يصفني الناس بالفرد النشط والديناميكي الفعال.

(٨) ... ... لا أود أن يصفني الناس بالشخص المنعزل.

(٩) ... ... أنا شخص نشط جداً.

(١٠) ... ... أنا شخص من الناس.

(١١) ... ... أتبع عادات تغذية جيدة.

(١٢) ... ... معظم الوقت أكون مع الناس أكثر من كوني مع نفسي وحدي.

(١٣) ... ... غالباً ما أنخرط بأنشطة فكرية ذهنية.

(١٤) ... ... في مقدوري تشكيل صور نشطة حية في تخيلي.

(١٥) ... ... أتجنب الإفراط في الأكل، وتعاطي الكحول كثيراً، وأبتعد عن الأشياء المؤذية مثل التبغ والمخدرات.

(١٦) ... ... إحساساتي منظمة بما أراه، وأسمعه، وأتذوقه، وألمسه.

(١٧) ... ... الصداقات مهمة جداً بالنسبة إليَّ.

(١٨) ... ... أعتبر نفسي ناجحاً جنسياً وأستمتع بالاحساسات.

(١٩) ... ... عادة ما أفكر قبل أن أقدم على أي إجراء.

(٢٠) ... ... أعي الطرق التي بواسطتها ترد أحاسيسي للمنبهات المختلفة.

(٢١) ... ... أنا شخص ميال للتخيل.

(٢٢) ... ... عندي مشاعر وعواطف عميقة.

(٢٣) ... ... أفكر بمعظم الأشياء والأمور بهدوء تام.

(٢٤) ... ... أستمر بالانشغال عند القيام بالأعمال.

(٢٥) ... ... أفكر أكثر في استخدام الصور الذهنية من استخدام الكلمات.

(٢٦) ... ... أهتم جيداً بجسدي.

(٢٧) ... ... أستمر بالانشغال بدون كلل ولا ملل.

(٢٨) ... ... أهتم كثيراً بمشاعري وعواطفي.

(٢٩) ... ... لدي العديد من الصداقات الحميمة.

(٣٠) ... ... أركز اهتمامي كثيراً بإحساساتي البدنية.

(٣١) ... ... أنا شخص عاطفي جداً.

(٣٢) ... ... أحلل الأمور تحليلاً شاملاً.

(٣٣) ... ... تُثار مشاعري بسهولة وتتبدل.

(٣٤) ... ... أنا ممتلئ بالنشاط والقوة.

(٣٥) ... ... معظم حواسي الخمس حادة (الشم ، والذوق ، والبصر ، والسمع ، واللمس) .

مفتاح التصحيح للاختبار :

أرقام السلوك :	٧ ،	٩ ،	٢٤ ،	٢٧ ،	٣٤	B
أرقام العاطفة :	٣ ،	٢٢ ،	٢٨ ،	٣١ ،	٣٥	A
أرقام الإحساس :	١٦ ،	١٨ ،	٢٠ ،	٣٠ ،	٣٥	S
أرقام التخيل :	٢ ،	٥ ،	١٤ ،	٢١ ،	٢٥	I
أرقام التفكير :	١ ،	١٣ ،	١٩ ،	٢٣ ،	٣٢	C
أرقام العلاقة البيشخصية :	٨ ،	١٠ ،	١٢ ،	١٧ ،	١٩	I
أرقام الصحة والدواء :	٤ ،	٦ ،	١١ ،	١٥ ،	٢٦	D



فهرس الكتاب

نبذة عن السيرة العلمية للمؤلف

- يحمل شهادة بكالوريوس في العلوم العسكرية من الكلية العسكرية في مدينة حمص.

- نال شهادة الليسانس في التربية وعلم النفس من الجامعة السورية ـ كلية التربية عام ١٩٦٠، ودبلوم في الدراسات العليا ـ مدته سنتين ـ في علم النفس من الجامعة نفسها.

- ماجستير في علم النفس من جامعة هاورد في الولايات المتحدة الأميركية، ودكتوراه في علم النفس السريري من جامعة برندين في الولايات المتحدة الأميركية.

- مجاز من هيئة البورد الأميركية في علم النفس الطبي والطب النفسي السلوكي، من ولاية تنسي، وشهادة تخصص من كاليفورنيا في العلاج النفسي ـ الفيزيولوجي.

- شغل منصب رئيس قسم الانتقاء والتوجيه المهني في القيادة العامة للقوات المسلحة السورية في عهد الوحدة، ورئيس فرع الحرب النفسية والخدمات المعنوية في القيادة نفسها.

- دَرَّس وترأس برنامج الرعاية والصحة النفسية والعلاج النفسي على مستوى ماجستير في أكاديمية نايف العربية للعلوم الأمنية في الرياض، التابعة لمجلس وزراء الداخلية العرب، على مستوى أستاذ باحث وزائر في هذه الأكاديمية، وأنجز عدة دراسات وأبحاث تتعلق بأمور علاج الإدمان على المخدرات وغيرها.

- درَّس في جامعة دمشق ـ كلية التربية، وكلية طب الأسنان على مستوى أستاذ محاضر، وألف كتابين جامعيين لتدريس علم النفس الصيدلاني، وعلم النفس السريري لطب الأسنان.

- ألّف ٢٥ كتاباً في ميادين العلوم النفسية العسكرية، والصحة النفسية، والعلاج النفسي الحديث، والطب النفسي، وعلاج الإدمان على المخدرات والمؤثرات العقلية، وغيرها.
- أنتج ما يقرب من ٢٣٠ بحثاً ومقالاً في ميادين العلوم النفسية المختلفة نشرت في المجلات العربية المحلية والإقليمية والعالمية.
- أدرجت سيرته العلمية في كتاب Who is Who العالمي الذي تصدره سنوياً المؤسسة الأميركية للسيرة الذاتية للوجوه العلمية العالمية، وأيضاً أدرجت هذه السيرة في كتاب: «رجال الإنجاز في العالم» الصادر عن مؤسسة كامبردج للسير الذاتية العالمية.
- ساهم محاضراً في أكثر من ١٧ مؤتمراً إقليمياً ومحلياً وعالمياً وحصل على أثنى عشر شهادة تقدير وجوائز علمية.
- عضو في خمس جمعيات عالمية للصحة النفسية والعلاج النفسي.